

BAŞ BOYUN KANSER CERRAHİSİ SONRASI REKONSTRÜKSİYON
“Video Workshop”

Başvuru Formu

| | | |
|--|------|-------|
| Adınız, Soyadınız: | | |
| Ünvanınız: (Ar.Gör., Uzman, Doçent, Profesör) | | |
| e-mail adresiniz: | | |
| Telefon numaranız: | | |
| Kurumunuz: | | |
| Baş Boyun Cerrahisi Derneği Üyesiyim: (lütfeñ seçiniz) | Evet | Hayır |
| Baş Boyun Cerrahisi Derneği Üyelik başvurusunda bulundum: (lütfeñ seçiniz) | Evet | Hayır |

Bu Workshop’a katılacağımı, gerekli kurallara uyacağımı ve beklenmedik bir nedenle katılamayacak olursam olabildiğince erken bildireceğimi taahhüt ederim.

İsim, Tarih, İmza:

Bölüm Başkanı, Eğitim Sorumlusu, Başhekimlik, Dekanlık Onayı (bir tanesi yeterlidir)

Kaşe, İmza:

** Formu ıslak imzalı olarak doldurduktan sonra taranmış ya da fotoğraf halini lütfeñ “info@bbc.org.tr” adresine mail atınız.*

**Katılım için Dernek Üyelerine ve Üyelik başvurusunda bulunmuş olanlara öncelik tanınacaktır.*

**Katılım 200 kişi ile sınırlıdır; bu nedenle mutlaka toplantıya katılacak meslektaşlarımızın başvurmasını rica ederiz.*