



AZƏRBAYCAN TİBB ASSOSİASIYASI (ATA)

P.O.Box-16, AZ 1000, Bakı, Azərbaycan, Tel/Faks: + 99412 437 82 12, Mob: + 99450 328 18 88,

E-mail: info@azmed.az, Website: www.azmed.az

Qeyd: Həkimlər üçün üzvlük formasını doldurun və ATA-nın ofisinə təqdim edin.

FOTO

Şəxsi informasiya

S.A.A.: _____

Cinsi: _____ Doğulduğu tarix və yer : _____

İş yeri: _____ / _____

Vəzifəsi : _____

Tel: _____ E-mail: _____ / _____

Ev ünvanı: _____ Poçt indeksi: _____

Tel: _____ Mob: _____ / _____

E-mail: _____ / _____

Peşəkar məlumat

Ali tıbb təhsili: _____ universitetin adı, fakültə _____ Buraxılış ili: _____

İxtisas: _____ İxtisas aldığı ölkə: _____

Həkim, Rezident, Doktorant, Uzman, Elmi dərəcə: _____ Elmi adı: _____

Milli və Beynəlxalq peşəkar cəmiyyətlərdə üzvlük və tədqiqatçı dərəcəsi (Fellow) _____

Təkmilləşmə kursları: 1. _____ Kursun adı, keçirildiyi yer və tarix, müddəti _____

2. _____ Kursun adı, keçirildiyi yer və tarix, müddəti _____

3. _____ Kursun adı, keçirildiyi yer və tarix, müddəti _____

Əsas elmi işlər: _____

1. _____

2. _____

3. _____

İxtiralar: _____

Xarici dillər: 1. _____ (_____), 2. _____ (_____), 3. _____ (_____)

səvvəni əla. vaxsı. zeif sözləri ilə əəvd edin

Üzvlük haqqı		
Kateqoriya	Aylıq	İllik
Həkim	2 AZN	24 AZN

Üzvlük haqqı tarifi ATA-nın İdarə Heyətinin qərarı ilə təsdiq edilir.

**Mən təqdim etdiyim məlumatın düzgün və dəqiq olmasını təsdiqləyirəm.
Azərbaycan Tibb Assosiasiyasının Nizamnaməsini və Tibbi Etik Kodeksini qəbul edirəm.**

Ərizəçinin imzası _____

Tarix: _____ 201_

ATA tərəfindən doldurulacaq

Ərizəçi _____ üzvlüyə qəbul edilmişdir. Üzvlük Forması № _____

İxtisas kodu: _____ Üzvlük kodu: _____ Üzvlük vəsiqənin № _____ Qeydiyyat tarixi: _____ Ödənilib: _____

Üzvlük Komitəsinin sədri _____ İmzası _____

Qeyd: Gösterilən anket məlumatlarında dəyişiklik olarsa bir ay müddətində Üzvlük Komitəsinə bu haqda məlumat vermənizi xahiş edirik.