

HACETTEPEATLETİK ÜYE KAYIT FORMU

Tarih : Üye No :

Üyenin:

Adı Soyadı :	T.C. Kimlik No :
Cep Tel :	E-posta :
Doğum Tarihi :	Kan Grubu :
Fakülte/Y.Okul Enstitü/Bölüm :	Öğrenci Numarası :
Adres :	
Paydaş Kurum :	Ünvan:

Acil Durumlarda Ulaşılabacak Kişinin:

Adı / Soyadı :	Yakınlık Derecesi :
Cep Tel :	Ev Telefonu :

Üyelik Tipi:

Bireysel Üyelik

Aile Üyeliği

		HÜ Öğrenci	HÜ Personel Emekli	HÜ Mezun	Kamu Kurum ve Paydaş	Referans
Havuz	3 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fitness	3 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X
	6 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X
	12 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X
Havuz + Fitness	3 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X
	6 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X
	12 Ay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	X

Faturayı Teslim Alan Personel:

Üye Adı Soyadı:

Alınan Tutar:

İmzası: