**BALIKESİR VETERİNER HEKİMLERİ ODASI**

**BİLGİ DERLEME FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| Veteriner Hekim Ad Soyad |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Doğum Yeri / Doğum Tarihi |  |
| Baba Adı |  |
| Anne Adı |  |
| İkametgah Adresi |  |
| İlçe / İl |  |
| Telefon Numarası |  |
| E – Mail |  |
| Mezuniyet Tarihi |  |
| Mezun Olunan Üniversite |  |
| Diploma Numarası |  |
| İşyeri Niteliği | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Muayenehane |  | Gıda |  | | Hayvancılık İşletmesi |  | Kanatlı |  | | Petshop |  | Kırmızı / Beyaz Et |  | | Kamu |  | Veteriner Ecza Dep. |  | | Diğer |  |  |  | |
| İşyeri Adı |  |
| Çalışma Gün ve Saatleri |  |
| İşyeri Adresi |  |
| İlçe / İl |  |

Yukarıda tarafımdan doldurulan bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, söz konusu bilgilerde değişiklik olduğu takdirde en geç 15 gün içerisinde Balıkesir Veteriner Hekimleri Odası’ na bilgi vereceğimi taahhüt ederim. Yanlış ve eksik bilgi verdiğimin tespiti durumunda çalışma onayımın iptal edilmesini kabul ederim.

Ad Soyad :

Tarih :

İmza :