



Oda Adı :

## Üyenin

Adı – Soyadı :

Üyenin Odadaki Görevi: Yönetim Kurulu

Denetim Kurulu

## Engellinin

Adı Soyadı :

Üyeye Yakınlık Derecesi:

Cinsiyeti :

Eğitim Durumu :

Mesleği :

Doğum Tarihi :

Yaşadığı ilçe :

Engel Türü : İşitme  Görme   
Ortopedik  Zihinsel   
Diğer  (Açıklayınız.....)

Engellilik Oranı :

Refakatçi İhtiyacı : Var  Yok

Güncel İletişim Bilgisi:

Cep Telefonu :

Adres :