EK 3 - KAMU GÖREVLİLERİ SENDİKALARINA KAMU GÖREVLİSİNİN ÜYELİKTEN ÇEKİLME BİLDİRİMİ FORMU

SENDİKA BİLGİLERİ				
HİZMET KOLU		SENDİKA ADI	ANADOLU SAĞLIK-SEN ANADOLU SAĞLIK SEN VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI	DOSYA NO
0	3	SENDİKA ADRESİ	ETİ MH.TOROS SK.NO:5/2 SIHHİYE/ANKARA	1 7 9

KURUM BİLGİLERİ	
KURUMUN ADI	
GÖREV YAPILAN BİRİMİN ADI	
GÖREV YAPILAN BİRİMİN ADRESİ	

HİZMET KOLU		KURUM KODU		İL ADI	İL KODU		İLÇE ADI
0	3						

ÜYELİK BİLGİLERİ				
ADI				
SOYADI				
TC KİMLİK NO				
BABA ADI		ANA ADI		
DOĞUM TARİHİ		D. YERİ		
CİNSİYETİ	☐ERKEK	☐KADIN		
ÖĞRENİM	☐İLKÖĞRETİM	☐LİSE	☐ÖN LİSANS	☐LİSANS ☐LİSANS ÜSTÜ
KURUM SİCİL(MEBSİS)				
KADRO ÜNVANI		KADRO ÜNVAN KODU		

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI
1.: TC EMEKLİ SANDIĞI	
2.: SOSYAL SİGORTALAR KURUMU	

ÜYELİKTEN ÇEKİLME	ÜYELİKTEN ÇEKİLME TARİH VE NO
Yukarıda belirttiğim Kamu Görevlileri Sendikası Üyeliğimden çekiliyorum. Gereğini arz ederim. **Tarih: ..../.../.....** **Kamu Görevlisinin İmzası:**	FORMUN KURUMA VERİLİŞ TARİHİ: FORMA KURUMCA VERİLEN EVRAK NUMARASI :

Not: Form arka sayfadaki açıklamalara göre 3 nüsha olarak doldurulacaktır.