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

SENDİKA BİLGİLERİ						
HİZMET KOLU		SENDİKA ADI	KAMU SAĞLIK–SEN KAMU VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFI VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI	DOSYA NO		
0	3	SENDİKA ADRESİ	TAHRAN CAD.NO:30/702 ÇANKAYA/ANKARA	1	9	5

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.