|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

Для офтальмологов и ассистентов тюркского происхождения,проживаюших в независимых тюрка язычных странах и федерациях.For ophthalmologists and assistants who belong to Turkic nation and live in independent Turkic countries and federations. |

**ОБЩЕСТВО ОФТАЛЬМОЛОГОВ ТЮРКОЯЗЫЧНЫХ СТРАН ( ООТС )**

**TurkIsh RepublIcs Ophthalmology SocIety ( TROS )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TC5TROS-OOTC** | **TROS-Other CountrIes****C:\Users\SUNAY\Desktop\TCOD-LOGO\TCOD-Ülke Logoları\TCOD-Diğer ülkeler-Logosu.png.jpg** | **РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА ДЛЯ ПОЧЕТНЫХ ЧЛЕНОВ ИЗ ДРУГИХ СТРАН**Other CountrIes, COMPLİMENTARYMember Registration Form |

\* Если Вас нет в списке членов ООТС, заполните эту регистрационную форму / If you do not have a member named in the list of TCOD fill out this form

\* Пожалуйста, напишите ваше имя и фамилию, как написано в загран. паспорте паспорте / Please write your name and surname, as it is written on your passport.

\*Не указывайте электронную почту учреждения, где вы работаете, как личную / E-mail address of the institution's work, such as your personal address, do not report

\* Не указывайте электронную почту другого человека как личную / E-mail address belongs to another individual as your address, do not report

 Дата Регистрации / Application Date :

|  |
| --- |
|  **ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ / IDENTITY INFORMATION** |
| Вр.-офтальмолог/MD Specialist | Имя Фамилия/Name – Surname | Имя отца/Father’s name | Имя матери/Mother’s name |
|  |  |  |  |
| Дата рождения/Date of birth | Место рождения/Place of birth | Женщина / МужчинаFemale / Male | Гражданство – СтранаNational Status – Country |
|  |  |  |  |
| **КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ,** **Contact-Communication information,** ***(Просьба, указать телефоные номера в Международном формате)*** |
| **Номер мобильного телефона**GSM ( Mobil tel ) no | **Адрес электронной почты – 1**E-Mail address – 1 | **Адрес электр. почты – 2**E-Mail address – 2 |
|  |  |  |
|  **Facebook адрес/**Facebook account  | **https://www.facebook.com/.............** |
| **Место работы/**The agency mission |  |
| **Имя и фамилия члена ООТС, который потвердит что вы офтальмолог/** **Name and surname of TROS member, who could approve that your are an ophthalmologist** |
|  |

ПОЯСНЕНИЯ / EXPLANATIONS

Пожалуйста отправте регистрационную форму на все 4 адреса электронной почты одномоментно.Please sent ашддув registration form to 4 E-mail address at the same time

Для стран, Азии и Австралии /For countries in the Asia-Australia;

sunayduman@yahoo.com **,** tcodsekreterlik@gmail.com , zyalniz@yahoo.com **,** emines.us@yandex.ru

Для европейских, афро-американских стран / For countries in the Europe-Africa-America;

sunayduman@yahoo.com **,** tcodsekreterlik@gmail.com , zyalniz@yahoo.com**,** nilufar.cogay@gmx.de

Мы проинформируем вас о номере членства **/** membership number will be sent to you

**Генеральный секретариат ООТС -Анкара-Турция**

**TROS- General Center-Ankara-Turkey**