



# SİGORTA ACENTELERİ DERNEĞİ

## ÜYE GİRİŞ FORMU

FOTOĞRAF

EĞİTİM MAH.SADIKOĞLU PLAZA 5  
NO:12 K:3 D:74 KADIKÖYİ-İSTANBUL  
Tif:0212.275 7800

[sab@sab.org.tr](mailto:sab@sab.org.tr)

Sigorta Acentesinin Ünvanı :

Acentesi Olunan Şirketler :

Kaç Yıldır Acentelik Yapılıyor :

Adı ve Soyadı :

Doğum Yeri :

Doğum Tarihi :

\*GSM :

\*İş Adresi :

İlçe:

\*İş Telefonu :

\*E-mail :

\*Levha Kayıt Numarası :

\*Kan Grubu :

\*T.C. Kimlik No :

**2024 Yılı Giriş Aidatı: 400 TL. Yıllık aidat 600. TL'sidir.**

Banka Hesap:İşbankası- Şişli -Şube Kod:1051 Hesap No:1632116

İBAN:TR28 0006 4000 0011 0511 6321 16

Yukarıda kimliği yazılı olan.....'nın

Dernek üyeliğine kabulünü teklif ederiz.

Üye

Üye

Üye

Sigorta Acenteleri Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı'na,

Yukarıda verdiğim bilgilerin doğruluğunu ve Demekler Kanunu 4. ve 6'ncı maddelerindeki yasak kapsamına girmediğimi ve Tüzük hükümlerini aynen kabul ettiğimi,,Kişisel verilerimin korunması ve saklanması Kanunu uyarınca üyelik süresince Dernek tarafından Kanun'un 5.ve 6. maddeleri nde belirtilen kişisel veri işleme şartları ve amaçları dahilinde kullanılmasını rızamla beyan ederim.

6698 Sayılı KVKK konusunda **EK 1 METNİ** ile tarafıma haklarım veri saklama ve kullanma amaçları detaylı bilgilendirmesi yapılmıştır.

**ADAY ÜYE İMZA :**

Yönetim Kurulu Kararı

Kabul Edilmiştir.

Karar Tarihi : ...../...../ 20 ...

Karar No :...../...../ 20 ...

Üye

Genel Sekreter

Başkan