

TDB/ DENTSPLY DİŐHEKİMLİĐİ ÖĞRENCİSİ PROGRAMI

— BAŞVURU FORMU—

Başvuru formunu en geç 15 Nisan 2010 tarihine kadar gönderiniz.

Başvuru formunu tdb@tdb.org.tr e-posta adresine veya (312) 430 29 59 nolu faks numarasına gönderebilirsiniz. DiőhekimliĐi ÖĞrencisi Kılavuzu'na veya başvuru formuna pdf formatında TDB'nin www.tdb.org.tr adresli web sitesinden de ulaşabilirsiniz.

Lütfen Başvuru bildirimizin bir kopyasını da kendi kayıtlarınızda tutunuz. TDB/DENTSPLY DiőhekimliĐi ÖĞrencisi Kılavuzunu başvuru formunuzu doldurmadan önce dikkatli bir şekilde okuyunuz.

Okunaklı bir şekilde el yazısı ile veya daktilo ile yazın:

SUNUM YAPAN ASIL KİŐİ:

Soyad	İsim

	<i>Cinsiyet</i> Erkek-Kadın
Okul	Mezuniyet Yılı
ÖĞrencinin Yazışma Adresi	Telefon Numarası
Yaz Ayları döneminde adresi (eğer yukarıdakinden farklıysa)	Telefon Numarası
E-Posta Adresi (Lütfen okunaklı biçimde yazınız)	Cep Telefonu

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ :

Soyad	İsim

Yazışma Adresi	Telefon Numarası
E-Posta Adresi (Lütfen okunaklı biçimde yazınız)	Cep Telefonu

DEĞERLENDİRME KATEGORİSİNİ BELİRTİN: (Lütfen tanımlamalar için TDB/DENTSPLY Dişbekimliği Öğrencisi Kılavuzu'na bakınız).

I – Klinik Uygulama & Yöntem	II – Temel Bilimler ve Araştırma
Klinik adı :	

Önemli: Lütfen masa üstü sunacağınız tezinizin veya özetinizin bilgisayarda yazılmış bir kopyasını ekleyiniz (250 kelime maksimum).
Teziniz veya özetinizin üzerinde okulunuzun veya hiçbir okulun ismi gösterilmemelidir.

YARDIMCI ÖĞRENCİNİN ADI (Eğer varsa):

Soyad	İsim

KULLANILACAK YARDIMCILAR: (Uygulanıp uygulanmadığını kontrol ediniz)

Fotolar	Grafikler	Çizimler	X-Ray	Bildiri Materyalleri
Modeller	Diğer (Lütfen belirtin)			

YARDIM: Çok az veya hiç bir yardım almadan geliştirilen klinik projeler tercih edilmektedir. Ancak, eğer protokolün gelişiminde veya üretiminde herhangi bir yardım alındıysa, kullanılan yardımlar, satın veya ödünç alınan önemli materyaller rapor edilmelidir.

ALINAN YARDIMIN TÜRÜ:

	Satin alınan Materyaller		Veya Ödünç alınan	Parçaları Belirtin:
--	--------------------------	--	-------------------	---------------------

YARDIM SAĞLAYAN KİMSELERİN AD(ları) & ÜNVAN (ları) :

Soyad	İsim	Ünvan

Bu projeyi geliştirmede harcanan zaman ve çabayı dikkate alarak, lütfen size yardımcı olan kimselerin harcadığı toplam çabayı değerlendirin _____%

Aşağıda bulunan imzam bu başvuru formunu tam olarak okuduğum, anladığım ve onayladığımı ve üçüncü sayfada belirtilen program kurallarına uyacağımın ispatıdır. Bu vesile ile Türk Dişhekimleri Birliği'ni ve Dentsply firmasını ve Bursa Kongre Merkezi'ni şahsi eşyalarım ve mallarıma gelecek her türlü zarar ve ziyandan sorumlu tutmayacağım beyan ederim.

İmza	Tarih