**ÜYE NO :**

Adı Soyadı :

T.C Kimlik No :

Doğum Tarihi :

Kullandığınız bir ilaç var mı? :

Devam eden bir rahatsızlığınız var mı? :

Genetik bir rahatsızlığınız var mı? :

Talep Edilen Gün ve Saatler :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  GünlerSaatler | Pazartesi | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma |
| 10:00-11:30 |  |  |  |  |  |
| 12:00-13:30 |  |  |  |  |  |
| 14:00-15:30 |  |  |  |  |  |

\*Fitness Merkezi haftada en fazla 3 gün kullanılabilir.

Adres :

Cep No : İş No :

**ACİL DURUMLARDA ULAŞILABİLECEK KİŞİ**

Adı Soyadı :

Yakınlık Derecesi :

Cep No : İş No :

**KURUM DIŞINDAN GELEN MİSAFİRLER ÜYELER İÇİN**

Adı Soyadı :

Referans Olan Kişi :

Cep No : İş No :

Spor merkezi ile ilgili belirtilen temel prensip, kural ve politikalara; yönetmelik, duyuru vb. idari düzenlemelere, imzaladığım taahhütnamelere itirazsız uyacağımı kabul, beyan ve taahhüt ederim.

 İmza

 Tarih