**4. ULUSLARARASI**

**DENTAL ORAL ENFEKSİYONLAR ve**

**3. AĞIZ MİKROBİYOTASI KONGRESİ**

**21 - 23 Şubat 2025**

**www.doinf4.sakarya.edu.tr**

**doinf4@sakarya.edu.tr**

**KAYIT FORMU**

Adı soyadı :

Unvan :

Çalıştığı kurum :

Adres (KARGO için) :

Tel :

E mail :

Katılım şekli : ( ) Bildirili ( ) Dinleyici

Bildiri başlığı/başlıkları:

1.

2.

Bildiri Sunacak kişi :

Not:

* Katılım belgesi almak ve bildiri göndermek için kayıt gereklidir.
* Lütfen kayıt formunu, gerekli ise öğrenci belgenizi ve bildirinizi doinf4@sakarya.edu.tr adresine kongre web sayfasında yer alan kurallara uygun bir biçimde hazırlayarak gönderiniz.
* Kayıt ücretleri:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **20 Şubat 2025 tarihine kadar** |
| Akademisyen/ Diş hekimi | 5000 TL |
| Araştırma Görevlisi (Belge) Doktora Öğrencisi (Belge) | 3000 TL |
| Firma temsilcisi | 5000 TL |
| Öğrenci (Belge) | 1500 TL |

Kayıt ücretleri aşağıdaki hesap numarasına açıklama kısmına **İSİM, TC KİMLİK** ve **BAĞIŞ** yazarak yatırılacaktır.

**Kayıt Ücretleri Banka Hesap Bilgileri**

**Hesap Adı**: **Deneysel, Biyoteknolojik, Klinik ve Stratejik Sağlık Araştırmaları Derneği**
IBAN-TL : TR03 0001 0020 9476 9043 3050 02 Hesabına yatırılacaktır.

IBAN-USD : TR35 0001 0020 9676 9043 3050 08

IBAN-EUR: TR19 0001 0020 9476 9043 3050 05

Açıklama kısmına; **Ad Soyad, TC Kimlik, bağış** yazmanız yeterli olacaktır.