|  |
| --- |
|  **ÜYE TEMSİL YETKİLİSİ BİLDİRİM FORMU** |
|
| Otelin Adı |   |
| Şirket Ünvanı |   |
| Telefon | +90 242  | Faks | +90 242   |
| Adresi |   |
| Web Adresi |   |
| Kurumsal Mail Adresi |  |
|  |
| **İşletmenin AKTOB Temsilcisi Bilgileri** |
| Adı Soyadı |   |
| Doğum Tarihi |  / /  |
| T.C. Kimlik Numarası |   |
| Görevi |   |
| Eğitimi |  |
| Cep Telefonu | +90 5  |
| Kurumsal Elektronik Posta |   |
|  |
| **İşletmenin Finans/Muhasebe Yetkilisi Bilgileri** |
| Adı Soyadı |   |
| Telefon | +90 5  |
| Kurumsal Elektronik Posta |   |

**Üyeliğimiz kapsamında, bu formda yer alan iletişim bilgilerinin, AKTOB tarafından Birlik hizmetleri ve görev alanı içerisinde kullanımını kabul ettiğimizi beyan ederiz. AKTOB tarafından bilgilendirme ve duyuruların bu formda belirtilen e-posta hesabına /hesaplarına, e-mail ve/veya GSM telefonuna/telefonlarına, SMS mesajı yolu, sair her türlü elektronik ileti ve posta yolu ile gönderilmesine izin verdiğimi kabul ve beyan ederim.  Ayrıca, belirtmiş olduğum kişisel verilerin yasal mevzuata uygun olarak kurumunuz tarafından işlenmesine resmi makamlara ve kurumlara aktarılmasına açık rıza veriyorum.**

Onay Tarih

Adı Soyadı

İmza ve Kaşe