

UCLG-MEWA AKILLI ŐEHİRLER KOMİTESİ

ÜYELİK BAŐVURU FORMU

Kuruluş / Yerel Yönetimin Adı					
Kuruluş / Yerel Yönetimin Temsilcinin Adı					
Temsilcinin Unvanı					
Adres					
Telefon		GSM		Faks	
Őehir			Ülke		
Çalışma Dili	<input type="checkbox"/> İngilizce		<input type="checkbox"/> Türkçe		<input type="checkbox"/> Arapça
E-Mail Adresi					

1. İrtibat Kişisi	2. İrtibat Kişisi		
Adı	Adı		
Soyadı	Soyadı		
Telefon	Telefon		
GSM	GSM		
Faks	Faks		
E-Mail Adresi	E-Mail Adresi		

...../...../20..

Kuruluş / Yerel Yönetimin Temsilcinin İmzası