…../…../20....

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

Aşağıda belirtmiş olduğum nedenden dolayı fazla yatırdığım katkı payı/öğrenim ücretinin iade edilebilmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20.. |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
|  |  |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |
| --- |
|  *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Bölümü / Programı** |  |
| **Cep Telefon**  |  |
| **E-Posta Adresi** |  |

|  |
| --- |
| **İADE NEDENİ** |
|[ ]  Yatay Geçiş |[ ]  İlk Yüzde On’a Girdim. |[ ]  Şehit veya Gazi Çocuğuyum |
|[ ]  Diğer *(Lütfen aşağıdaki kısma açıklayınız.)* |
| … |

|  |
| --- |
| **BANKA BİLGİLERİ** |
| **Banka Adı** |  |
| **IBAN No** | **T** | **R** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**EKLER:**

1. Banka Dekontu
2. Öğrenci Belgesi
3. Banka Hesap Cüzdanı Fotokopisi *(Aslı Gibidir)*
4. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi