|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin** | Adı Soyadı | Öğrenci Adı SOYADI  | Numarası | Öğrenci Numarası  |
| Fakülte  | Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi |
| Bölümü | Bölümü  |
| Programı |  |
| Sınıfı | Sınıf Seçiniz  |
| Danışmanı | Unvan Danışman Adı SOYADI  |
| Tel. |  |

**Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına**

Aşağıda bilgileri verilen ve belirttiğim gerekçeden dolayı ödemiş olduğum öğrenim harç (ücreti) / katkı payının adıma ait banka hesap numarasına iade edilmesini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …./…/20..Öğrenci Adı SOYADI İmza |

|  |
| --- |
| **İade Talep Bilgileri** |
| **İadenin Talep Edildiği Dönem** | 20…/20… | **Güz** | [ ]  | **Bahar** | [ ]  |
|  |  |  |  |  |  |
| **İade Nedeni (Gerekçe)** | **Yatay Geçiş** | [ ]  |  |  |  |
| **%10 Girdim** | [ ]  |  |  |  |
| **Sehven (Yanlış) Yatırdım** | [ ]  |  |  |  |
| **Diğer Nedenler** | Diğer  |
|  |  |  |
| **İade Yapılacak Hesap Bilgileri** |
| **Banka Adı -İli** |  |
| **Banka Şube Adı-İli** |  |
| **İade yatırılacak IBAN** | **T** | **R** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ekler:**

1. Dekont Aslı (……..) Adet
2. …………

\*\*\**Not :Tüm Formlar bilgisayar formatında eksiksiz doldurulacaktır. Elle doldurulan formlar işleme alınmayacaktır.*