T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne

**ÖĞRENCİ KATKI PAYI /ÖĞRENİM ÜCRETİ İADE TALEP DİLEKÇESİ**

ÖĞRENCİNİN

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Öğrenci No |  |
| Programı |  |
| Sınıfı |  |
| Adresi |  |
| E-postası |  |
| Telefonu |  |

………../……… Eğitim – Öğretim yılı Güz/Bahar Yarıyılında yatırmış olduğum ………. TL öğrenci katkı payımın/öğrenim ücretimin aşağıda belirttiğim nedenden dolayı iadesini talep ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. ….…/……/20.…

İmza

Eki :1 Adet Banka Dekontu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İade Talep Nedeni | | | | | |
| Şehit- Gazi çocuğu |  | Ders kaydı yapmayan |  | Katkı kredisi çıkan öğrenci |  |
| Özürlü öğrenci |  | Sehven ödenen |  |  | |

İadenin yatırılacağı öğrenciye ait hesabın:

Banka Adı-Şubesi :…………………………………………………………………………………

Banka Şube Kodu :…………………………………………………………………………………

IBAN Numarası :…………………………………………………………………………………

Öğrenci işleri tarafından doldurulacaktır:

İade Sebebi :………………………………………………………………………………….

İadeye Esas Yarıyıl :………………………………………………………………………………….

İade Edilecek Tutar :………………………………………………………………………………….

Tarih: ……/……/20… İmza