**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA**

Adı ve Soyadı :………………………………………..……………….………..

Öğrenci No :……………………………………………..………….………..

T.C. Kimlik No :……………………………………………………….………….

Fakülte/Enstitü/YO :………………………………………….…………..…………..

Bölümü/Programı :………………………………………….…..…………………..

Yatırılan Ücret :………………………………………………………………….

IBAN NO :………………………………………………………………….

Banka Adı ve Şubesi :…………………………………………………………………..

İade Nedeni :…………………………………………………………………..

İade Miktarı :………………………………………………………………….

Cep Telefonu :……………………………………………….…………………..

 Üniversiteniz hesabına yatırmış olduğum katkı payı/öğrenim ücretinin yukarıda belirtilen nedenden dolayı tarafıma iadesini arz ederim.

 Adı ve Soyadı:

 Tarih:

 İmza:

EK: … Adet Dekont

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı tarafından doldurulacaktır.

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................