|  |
| --- |
|  **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA** Fakültenizin……………………………………………………Bölümü ………..sınıf ……………................no’lu öğrencisiyim. Öğrenci kimlik kartımı …………………...………………..………………’den/dan dolayı yenisinin tarafıma verilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.Dilekçenin Veriliş Tarihi : …… / ……/20… **(Öğrencinin İmzası)** |
| **ÖĞRENCİNİN**  |
| **Adı - Soyadı**  |  |
| **T.C. No.**  |  |
| **Adres**  |  |
|  **İletişim No** |  |
| **E-Posta Adresi**  |  |
| **EKİ**: **Banka Dekontu** (Kimlik Ücreti ZİRAATBANK, Girne Bulvarı -İzmir Şubesine veya İnternet Bankacılığı yoluyla **HESAP NO: 1903 6106 6954 5185–Şube kodu: 1001 9030 35** hesaba veya **TR 2900 01001903610669545185** İban No’lu hesaba yatırılacaktır.) |