|  |  |
| --- | --- |
| **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.) | |