|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo | *BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ*  *SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ*  ***İKAMET ADRESİ BEYAN FORMU*** | Dök. No:  Sayfa No:1/1 |

|  |  |
| --- | --- |
| ADI SOYADI |  |
| T.C. KİMLİK NO/ YAB.UYR. NO |  |
| BABA ADI |  |
| ANA ADI |  |
| DOĞUM YERİ VE TARİHİ |  |
| EV ADRESİ  MAH/CAD/SOK |  |
| EV ADRESİ BİNA DAİRE NO |  |
| EV ADRESİ İLÇESİ |  |
| EV ADRESİ İLİ |  |
| EV TELEFONU |  |
| CEP TELEFONU |  |
| E-POSTA ADRESİ |  |

**Yukarıdaki kimlik ve adres bilgilerinin doğruluğunu beyan eder, tarafıma yapılacak herhangi bir tebligatı belirttiğim adreste kabul edeceğimi,**

**Adres değişikliğimi en geç 2(iki) hafta içerisinde Öğrenci İşleri Bürosuna bildireceğimi beyan ederim.**

......./......./...........

İMZA: