|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: