SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Meslek Yüksekokulunuz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Programı \_\_\_\_\_\_\_ numaralı öğrencisiyim. Aşağıda belirtilen haklı ve geçerli neden(lerden) dolayı akademik takvimde belirlenen tarihlerde katkı payı/öğrenim ücretini yatıramadım.

Gerekli iznin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Adı Soyadı

İmza

Telefon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-posta adresi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ogr.uludag.edu.tr

MAZERETİ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UYGUN :

RED :