T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

...../...../20....

 Fakültemizin …………………………………………. bölümü ................................... numaralı ….. sınıf öğrencisiyim. ……………………………………………………………... sebebi ile 20….. / 20….. eğitim-öğretim yılında kaydımı dondurmak istiyorum.

 Gereğini bilgilerinize arz ederim.

 Ad Soyad

 İmza

**EKİ:**

GSM :

ADRES :