

T.C.

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

**İŞLETME VE ÖĞRENCİ BİLGİLERİ TESPİT FORMU**

İşletme Tipi : Kamu  : Özel

6764 Sayılı K. Devlet katkı payından yararlanmak: İstiyorum  : İstemiyorum

<b>İŞLETME NİN ADI:</b>			
<b>ADRES BİLGİSİ:</b>			
<b>TELEFON BİLGİLERİ: İŞ:</b>		<b>GSM:</b>	
<b>VERGİ NUMARASI:</b>			
<b>VERGİ DAİRESİ:</b>			
<b>BANKA ADI:</b>			
<b>HESAP NO:</b>			
<b>IBAN NO: TR</b>			
<b>SGK'LI ÇALIŞAN SAYISI STAJYER HARIÇ:</b>			
<b>STAJYER ÖĞRENCİ SAYISI:</b>			
<b>İŞLETME YETKİLİSİ:</b>			
<b>İŞLETMEDE İRTİBAT KURULACAK KİŞİLER</b>			
<b>T.C. NO:</b>	<b>ADI/SOYADI</b>	<b>GÖREVİ</b>	<b>TELEFON</b>
<b>İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN</b>			
<b>T.C.NO:</b>	<b>ADI/SOYADI</b>	<b>FAKÜLTE/BÖLÜM</b>	<b>SINIF</b>
1			
2			
3			

Beyan edilen bilgilerin yanlış olması nedeni ile ödenecek olan devlet katkısından yersiz olarak yararlandığım takdirde cezai işlem ve sorumluluğumu kabul ediyorum

.../.../ 2019

İşletme kaşe ve imza

Staj koordinatör öğretim gör. Ad/Soyadı/imza