

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültenizin.....

Bölümü/Programı numaralı öğrencisiyim.

.....
nedeniyle, 20..... – 20..... Eğitim-Öğretim Yılı Güz / Bahar dönemi/dönemleri kaydımın dondurulması
hususunda gereğinin yapılmasını arz ederim

Tarih:

Adı ve Soyadı :

Öğrenci No.:

T.C. Kimlik No.

E-Posta:

İmza :

Yukarıda bilgileri olan öğrencinin ödemesi

(Öğrenci Muhasebesi - Güney yerleşke A Blok - Kat: B2)

Yetkili Adı ve Soyadı :

Tarih:

İmza: