|  |  |
| --- | --- |
| …./…./202..  **T.C**  **KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ**  **Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığına**  Üniversiteniz ........................................ nolu öğrencisiyim. Aşağıda belirttiğim bilgilerin doğru olduğunu ve sorumluluğun tarafıma ait olduğunu beyan eder, yatırmış olduğum katkı payı/öğrenim ücretinin aşağıda belirttiğim banka hesabıma aktarılması için gereğini arz ederim.  **İmza** | |
| **ADI** |  |
| **SOYADI** |  |
| **ÖĞRENCİ NO** |  |
| **OKULU** |  |
| **BÖLÜMÜ** |  |
| **TC KİMLİK NO**  **(Yabancı Uyruklu öğrenciler için YU Numarası ya da Vergi Numarası )** |  |
| **IBAN NO**  **(İadenin aktarılacağı öğrenciye ait hesabın IBAN numarası)** | **Öğrencinin kendisine ait olmak zorundadır. Başkasına ait IBAN numaralarına iade yapılamaz. (Iban numarası TR ile başlayan 26 karakterden oluşur.)**  **TR** |
| **BANKA ADI**  **(İadenin aktarılacağı öğrenciye ait hesabın bulunduğu banka)** | **IBAN numarasının ait olduğu banka adı:** |
| **ŞUBE ADI VE KODU**  **(Şube Adı, Kodu ve Bağlı Olduğu İl)** | **IBAN numarasının ait olduğu şube adı ve kodu:** |
| **İADE NEDENİ** |  |
| **İADE MİKTARI (TL)** |  |
| **TELEFON NUMARASI** |  |
| **NOT: Tüm alanların eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir. Aksi halde iade yapılmaz. Verilmiş olan banka bilgileri iadeyi alacak olan kişiye ait olmalıdır.** | |