**T.C.**

**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

…………………….. tarihinde …………………………………bölümünden görev yapan Öğretim Üyesi ………………………………………………….’ dan aldığım Mesai Dışı Öğretim Üyesi (MDÖ) muayene randevusuna ………………………………….……….…………………………………………………………………………...........................................................................................................................

sebebinden dolayı muayene olmadım ve sağlık hizmeti almadım. Kredi kartımdan On-line ödeme ile ödemiş olduğum…………………TL’ nin, ……………………bankası hesabıma ait olan TR………………………………...………….İBAN’ a iadesinin yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim. .. / .. / **20**..

**T.C. Kimlik No: ………………………….. Hasta adı-soyadı**

**Tel : …………………………. İmza**