**İstanbul Tabip Odası Burs Komisyonu'na,**

İhtiyacı olan kamu üniversitelerinde okuyan tıp fakülteleri öğrencilerine verilmek üzere

İstanbul Tabip Odası ıban TR91 0006 7010 0000 0053 6560 47 hesabına ;

**yıllık**  toplam ……………..…................... -TL olacak şekilde tek seferde,

 veya

 **aylık** .…………………TL olacak şekilde 12 ay boyunca ayın ………… günü

burs ödeneği göndermeyi kabul ediyorum.

Adı Soyadı :

Tarih :

TC :

Tel :

İmza :