**T.C.**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

…………………….. Tarihinde …………………………………bölümünde görev yapan Öğretim Üyesi ………………………………………………….’ dan aldığım Mesai Dışı Öğretim Üyesi (MDÖ) muayenesi

………………………………….……….………………………………………………

gerekçesiyle muayene olmadım ve sağlık hizmeti almadım. Kredi kartımdan Online ödeme ile ödemiş olduğum…………………TL’ nin, ödeme yapmış olduğum ücretin IBAN numarası hesabıma iadesini talep ediyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. .. / .. / **20**..

**Hasta T.C. No:**

**Telefon No:**

**IBAN No:**

**Hekim Hasta adı-soyadı**

**Kaşe / İmza İmza**

**\*\*\* Kredi kartı online ödemesi İade/iptal işlemi tamamlandıktan sonra 20 iş günü içerisinde kredi kartınıza yansımaktadır.**

**\*\*\* Bu Form Doldurulduktan sonra iade/iptal işlemi için Online Vezne Yetkilisine Teslim Edilecektir.**