**T.C.**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**

**Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığına**

Fakültenize …………………..T.C. Kimlik Numarası ile müracaat ettim. Tedavime ilişkin yapılan işlemlerin iptal edilerek, yatırmış olduğum …………………………………………TL’nin, ………………………………………………………………………………………….. IBAN Numarasına iade edilmesi hususunu;

Bilgilerinize ve gereğine arz ederim. …../…../20…..

 **Adı Soyadı
 İmza**

**Ekler:**

* Hastanın Kimlik Fotokopisi
* Makbuz (Aslı)
* Banka Hesap Sahibinin Kimlik Fotokopisi

Adı Soyadı
 İmza