

TAAHHÜTNAME

TEB 18. Bölge Trabzon Eczacı Odası'ndan alacağım karşılıksız eğitim bursu ile ilgili olarak, verdiğim belgelerde yalan veya yanlış beyanda bulunduğumun tespiti hâlinde, o tarihe kadar tarafıma ödenmiş olan eğitim bursunu yasal faizi ile birlikte geri ödemeyi taahhüt ederim.

BURSİYER ADAYI

Ad Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Adres:

İmza: