



TAHRİBATSIZ MUAYENE KURS BAŞVURU FORMU / NDT Course Application Form

FİRMA / KURUM ADI <i>Name of Firm/Organisation</i>		
ADRES / Address		
Posta Kodu:	Şehir:	Tel:
Cep Tel:	Faks:	e-posta:
Kayıtlı olduğu	Vergi Dairesi:	Vergi No:

Katılımcı Adı Soyadı <i>Name of Applicant</i>	
Doğum Yeri ve Tarihi (gün/ay/yıl) <i>Place and Date of birth (day/mo/year)</i>	
Görev Ünvanı / Mesleği <i>Title / Profession</i>	
Mezun olduğu okul ve bölüm <i>School and department completed</i>	
ODTÜ PSM etik kurallarına uyacağımı beyan ve taahhüt ediyorum.	
İmza:	

Test Yöntemi / Test Method	Radyografik Muayene (RT)	Ultrasonik Muayene (UT)	Manyetik Parçacık Mua. (MT)	Penetrant Muayenesi (PT)	Gözle Muayene (VT)
Tecrübe Süresi / Ind. Experience					
Mevcut Sertifikaları / Certificates					
Belgelendirme kuruluşu / Certifying Body					

Katılımcı fiziksel olarak uygundur ve son 1 yıl içinde göz muayenesi yapılmıştır. **EVET** **HAYIR**

Katılımcı hakkında yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu onaylarım.

Firma/Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı: **İmza:**

KATILMAK İSTEDİĞİNİZ PROGRAM		
Kurs / Pratik / Sınav Adı	Tarih	Ücret

Kimlik bilgileri yukarıda verilen firma/kurum personelinin belirtilen eğitim programlarına katılım bedeli olan Toplam TL'sını ODTÜ Teknokent Yönetim A.Ş.'nin İş Bankası ODTÜ Şubesi **TR320006400000142290567374** IBAN no'lu hesabına kurs tarihinden önce yatırmayı kabul ve taahhüt ediyoruz.

Tarih: Yetkili Adı Soyadı: İmza/Kaşe: