**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı’na**

|  |  |
| --- | --- |
| Tarih: | ....../....../201... |
| **Ege Üniversitesi Tıp FakültesiPROKOM** |
| **Öğretim Üyesi Eğitim / Konferans / Görüş İsteme (Bilirkişilik) Talep Formu** |
|  |
| **Hizmet talep eden kuruluş:** |  |
| **Hizmet verecek öğretim üyesi:** |  |
| **Anabilim Dalı:** |  |
| **Hizmet Türü:** | ( ) Eğitim( ) Konferans( ) Bilirkişilik /Görüş İsteme( ) Kurul/Komisyon Üyelikleri |
| **Hizmetin veriliş şekli:**  | ( ) Online ( ) Yerinde |
| **Hizmetin konusu:** |  |
| **Hizmetin verileceği şehir / ülke:** |  |
| **Hizmetin başlangıç ve bitiş tarihleri:** | ....../....../20.... | ....../....../20.... |
| **Hizmetin süresi:** |  |
| Açıklama: Örneğin, bir yıl içinde beş kez birer saat verilecek eğitim hizmeti için, 5 saat yazınız.**Hizmetin verileceği saat aralığı:** |
| **Hizmetin verileceği zaman dilimi:** | ( ) Mesai içi | ( ) Mesai dışı |
| *Açıklama: Öğretim üyelerinin vereceği hizmetler için, mesai saatlerinde verilecek hizmetlerde, 2547. sayılı kanun kapsamındaki uzmanların vereceği hizmetler için, mesai içi ve yada dışı olduğuna bakılmaksızın, öğretim elemanının çalıştığı anabilim dalı akademik kurulundan karar alınması ve başvuru formu ile birlikte teslim edilmesi gerekmektedir.* |
| **Hizmetten yararlanacağı beklenen yaklaşık kişi (dinleyici) sayısı:** |  |
| **Hizmet karşılığında ödenecek tutar:** | **Tutar:** |  |
| **KDV:** |  |
| **TOPLAM TUTAR:** |  |
| Açıklama: Yurt içi kaynaklı tüm taleplerde tutar TL cinsinden belirtilmelidir. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Talepte bulunan kuruluş temsilcisi** | **Öğretim Üyesi** |
| Unvan/İsim |  |  |
| İletişim bilgileri: |  |  |
| Tarih |  |  |
|  |  | Yukarıda talep edilen hizmeti belirtilenşartlarda vermeyi kabul ediyorum. |
| İmza |  |  |