



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ OTOPARK ÜYELİK FORMU

Sayı :

Tarih:

Araç Plakası	
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Sicil No	
Görev Yaptığı Birim	
Telefon No	
Kullanılan Otoparklar	Heliport 1-2 Yol Boyu Otoparkı Diş Hekimliği Otoparkı Poliklinik Otoparkı
Adresi	

Yukarıdaki bilgilerin tarafıma ait olduğunu beyan ederim.

Araç Sahibi
Ad-Soyadı
İmza

Görevli personel tarafından doldurulacaktır.

Personel kimlik kartı kontrolü yapıldı.

Araç ruhsat Kontrolü yapıldı.

Araç plaka tanıma sistemine tanımlandı.

Adı-Soyadı :

Görevi : Ön Muhasebe Personeli

İmzası :