**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çevrimiçi Toplu Tanıtım Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| Formun doldurulma tarihi:  |  |
| **Okul Grubu Adına Başvuran Öğretmenin**  |  |
| Ad-Soyadı\* |  |
| T.C. Kimlik Numarası\* |  |
| Cep telefonu\* |  |
| İş telefonu\* |  |
| E-Mail adresi\* |  |
| Fakültemizi çevrimiçi ziyaret etmek istediğiniz gün ve saati belirtiniz (Ziyaretler başvuru formu doldurulma tarihinden en az 2 ay sonrasına planlanmalıdır) |  |
| Tarih: |  |
| Saat:  |  |
| Okul bilgisi |  |
| Lise adı: |  |
| Lisenin adresi: |  |
| Hangi sınıf: |  |
| Öğrenci sayısı: |  |
| Tıp Fakültesi ziyaretinin okulunuz ve/veya sınıfınız için neden faydalı olacağını düşünüyorsunuz? |  |
| Neden Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini tercih ediyorsunuz? |  |

\* doldurulması zorunludur.

Çevrimiçi toplu tanıtım formunu” doldurduktan sonra egetipkurumsaliletisim@gmail.com adresine E-Mail atabilirsiniz.

Form doldurma ve diğer sorularınız için bize ulaşabileceğiniz telefon numaraları 0 (232) 3904305 veya 0 (232) 3904586