



Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 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 ziyaret etmek istediğiniz gün ve saati belirtiniz (Ziyaretler başvuru formu doldurulma tarihinden en az 2 ay sonrasına planlanmalıdır) | |
| Ziyaret Tarihi* | |
| Ziyaret Saati* | |
| Lise adı* | |
| Lisenin adresi* | |
| Hangi sınıf/lar* | |
| Toplam Öğrenci sayısı* | |
| Tıp Fakültesi ziyaretinin okulunuz ve/veya sınıfınız için neden faydalı olacağını düşünüyorsunuz? | |
| Neden Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini tercih ediyorsunuz? | |

* doldurulması zorunludur.

“Toplu Tanıtım Formunu” doldurduktan sonra egetipkurumsaliletisim@gmail.com adresine e-mail atabilirsiniz.

Form doldurma ve diğer sorularınız için bize ulaşabileceğiniz telefon numarası aşağıdadır
0 (232) 3904586