



TAHRİBATSIZ MUAYENE SINAV BAŞVURU FORMU / NDT Exam 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 /Place of birth	
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl) <i>Date of birth (day/mo/year)</i>	
Görev Ünvanı ve Mesleği / Title and Profession	
Mezun olduğu okul ve bölüm <i>School and department completed</i>	
ODTÜ PSM onaylı kuruluşlardan alınmış eğitimlerin adı ve tarihi (Son 2 yıl içinde varsa) <i>Name and date of trainings received from organisations authorized by METU PSM (If any within last 2 years)</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 / 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		
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:

Başvuruyu Onaylayan (Bu kısım ODTÜ PSM tarafından doldurulacaktır.)
Tarih: Adı Soyadı: İmza :