



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 Döner Sermaye İşletmesi, Ziraat Bankası ODTÜ Şubesi, TR320001001537089807005022 IBAN no'lu** hesabına kurs tarihinden önce yatırmayı kabul ve taahhüt ediyoruz.

NOT:Açıklama kısmına "2021-16-16-4-13-042 - İsim Soyad - TC Kimlik No" yazılmalıdır.

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