



KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ

(Kütüphane Bağış Formu)

Doküman No:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:	Sayfa: 1 / 1	Tarih: 4 Mart 2026
-------------	--------------	------------------	--------------	--------------------

BAĞIŞ SAHİBİNİN

Adı - Soyadı:	
Kurum Adı:	
Adresi:	
Tel:	
Faks:	
E-posta:	
Yayın Türü:	
Yayın Sayısı :	
Teşekkür Mektubu Yazışma Adresi:	

Bağışlamak istediğim yayın/yayınlar koleksiyona dahil edilmediği takdirde;

*Kütüphane'nin kararı doğrultusunda başka üniversite veya okullara gönderilmesine izin veriyorum.

Evet / Hayır

*Kargo bedeli tarafımdan karşılanmak üzere, yayınların adresime iade edilmesini talep ediyorum.

Evet / Hayır

Bağış Sahibi İmza	Teslim Alan Kütüphaneci İmza