



KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANE VE DOKÜMANTASYON DAİRE BAŞKANLIĞI

KÜTÜPHANE BAĞIŞ FORMU

Doküman No: KD-002

Revizyon No:

Revizyon Tarihi: 06.03.2026

Sayfa: 1 / 1

Tarih: 15 Mayıs
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