**Webinar/Online Eğitim Talep Formu**

 **“WEBİNAR ADI”**

**TARİH/SAAT**

**Webinar Dili: Türkçe** (Moderatör dahil Max. 6 kişi )

|  |  |
| --- | --- |
| Moderatör: Unvan, Ad ve soyadKurum / Fakülte / BölümMail adresiCep telefonu | Tamamlayıcı Sağlık Sigortası |
| Konuşmacı: Unvan, Ad ve soyad Kurum / Fakülte / BölümMail adresiCep telefonu | Tamamlayıcı Sağlık Sigortası |
| Konuşmacı: Unvan, Ad ve soyad Kurum / Fakülte / BölümMail adresiCep telefonu | Tamamlayıcı Sağlık SigortasıFOTOĞRAF |
| Konuşmacı: Unvan, Ad ve soyad Kurum / Fakülte / BölümMail adresiCep telefonu | Tamamlayıcı Sağlık SigortasıFOTOĞRAF |
| Konuşmacı: Unvan, Ad ve soyad Kurum / Fakülte / BölümMail adresiCep telefonu | Tamamlayıcı Sağlık SigortasıFOTOĞRAF |
| Konuşmacı: Unvan, Ad ve soyad Kurum / Fakülte / BölümMail adresiCep telefonu | Tamamlayıcı Sağlık SigortasıFOTOĞRAF |
| İrtibat Kurulacak Kişi: |
| Webinar Hakkında (Lütfen webinarın içeriği hakkında 100 kelimeyi geçmeyecek bir açıklama, araştırma maddeleri veya soruları yazınız): |