



**KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**
İlaç ve Farmasötik Teknoloji
Uygulama ve Araştırma Merkezi

İLAFAR

ETKİNLİK VE/VEYA MEKAN TALEP FORMU
ACTIVITY AND/OR FACILITY REQUEST FORM

Doküman No: FR-019-KY
Document No: FR-019-KY

İlk Yayın Tarihi: 19.07.2019
Date of Issue: 19.07.2019

Rev. No/Tarih: 02/13.10.2020
Rev. No/Date: 02/13.10.2020

Sayfa No: 1/1
Page No: 1/1

Başvuruda Bulunan
Applicant

Kişisel
Individual

Kurumsal
Institutional

Adı/Soyadı:
Name/Surname:

Kurum Adı:
Title of Institute:

İletişim Bilgileri
(e-posta/Telefon
No): Contact
Information

İletişim Bilgileri
(e-posta/Telefon No):
Contact Information
(e-mail/Phone No):

Başvuru Detayları
Request Details

Etkinliğin Adı ve Niteliği:
Title and Kind of Activity:

İlafarla Ortak Etkinlik
Activity with ILAFAR

Başvuru Sahibinin Etkinliği
Activity without ILAFAR

Toplantı Salonu Kullanımı
Conference Room Reservation

Tarih / Saat (Başlangıç-Bitiş):
Date / Time (Start-End):

Laboratuvar/Cihaz Kullanımı
*Laboratory/ Equipment
Reservation*

Tarih / Saat (Başlangıç-Bitiş):
Date / Time (Start-End):

Diğer
Other

Açıklayınız:
Explain:

Başvuru Tarihi:
Application Date:

İMZA
SIGNATURE

DEĞERLENDİRME
EVALUATION

ONAY (Merkez Müdürü)
APPROVAL BY (Director of Center)

Onay Tarihi:
Approval Date:

İMZA
SIGNATURE