|  |
| --- |
| **Gazi Üniversitesi****Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı****Sesli Kitap Başvuru Formu** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kitabın Yazarı:** |   |
| **Kitabın Adı:** |   |
| **Yayın Yeri - Yayınlayan:** |   |
| **Yayın Tarihi:** |   |
| **Seslendirilmesi İstenen Sayfalar:** |   |
|   |   |
| **Talep Edenin:** |   |
| **Adı SOYADI:** |   |
| **Fakültesi :** |   |
| **Bölümü :** |   |
| **Numarası :** |   |
| **Dersin Adı :** |   |

Sesli Kitap Başvuru Görme Engelli Birimi

Talep Edenin Görevli Personel

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

İmza: İmza: