



**21 OCAK – 25 ŞUBAT 2025 TARİHLERİ ARASINDA ANKARA SMMM ODASI
TARAFINDAN DÜZENLENEN MESLEKİ İNGİLİZCE KONUŞMA PRATİK YÜZ YÜZE
EĞİTİM KURS BAŞVURU FORMU**

PROGRAMIN YERİ: ANKARA SMMM ODASI EĞİTİM BİRİMLERİ Kumrular Cad. No:26 Kızılay/ANKARA

NOT:BU EĞİTİM STAJ SÜRESİNDEN SAYILMAYACAKTIR.

GRUBU	BAŞLAMA TARİHİ	BİTİM TARİHİ
GRUP	21 OCAK 2025	25 ŞUBAT 2025

DERSİN ADI		ÜCRETİ
		PAKET PROGRAM ÜCRETİ
MESLEKİ İNGİLİZCE KONUŞMA PRATİK		4.000.00-TL

TOPLAM KURS ÜCRETİ	4.000.00₺ (KDV Dahil Tüm Dersler)
--------------------	--

ADI:	SOYADI:
CEP TELEFON:	TC.NO:
E-mail Adresi:	
FATURA BİLGİLERİ	
Fatura Adresi:	

NOT 1: Kontenjan sınırlı olup, programa kabulde başvuru sırası dikkate alınacaktır,

NOT 2: Kurs Ücreti, Derse Katılmama Durumunda İade Edilmeyecektir.

NOT 3: Kursumuzun başlayabilmesi için en az 20 kişinin kayıt yaptırmış olması gerekmektedir,

NOT 4: Kurs ücretini hafta içi mesai saatleri arasında Odamızdan da ödeyebilirsiniz,

Kurslarımıza katılmak isteyen meslek mensubu adaylarımız kurs ücretlerini, **Hesap Adı: Ankara Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Basın Yayın Dağıtım Eğitim Ve Danışmanlık İktisadi İşletmesi**
IBAN: TR62 0001 2009 2120 0012 0000 32 no.lu hesaba yatırıldığını gösterir banka dekontu ile birlikte başvuru formunu

Kumrular Cad. No:26 Kızılay/ANKARA adresine teslim etmeleri gerekmektedir.

Eğitim görevlisi H. Anıl Tezcan Mail adres atezcan@asmmmo.org.tr

İMZA :.....



ANKARA SERBEST MUHASEBECİ MALİ MÜŞAVİRLER ODASI

Değerli Kursiyerimiz:

• Kişisel verilerinizle ilgili haklarınızın neler olduğu, kişisel verilerinizi işleme amaç ve dayanaklarımız ve kimlerle paylaştığımız gibi konularda detaylı bilgi için hazırladığımız "Kursiyer Aydınlatma Metnimize" ASMMMO İnternet sitesinden ya da Başvuru aşamasında Odamızdan ulaşabilirsiniz.

KURSIYERLER İÇİN

AÇIK RIZA BEYANI

ANKARA SMMM Odasının hazırlanan ve Odanın web sitesinde de yer alan Kursiyer Aydınlatma Metni'ni okudum ve anladım.

A. Yurtiçinde:

Kişisel verilerimin ve sağlık verilerim de dahil olmak üzere özel nitelikli kişisel verilerimin Veri Sorumlusu sıfatıyla **Oda** tarafından işlenmesi ve paylaşılması için

[] Açık rızamı veriyorum.

B. Yurtdışında:

Ayrıca, özel nitelikli kategorideki sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin **Oda** tarafından yurt dışında yerleşik **ABD menşeli Google, Meta (Facebook), Twitter, Meta (Instagram), Youtube (Google), Meta (Whatsapp)** vb. platform/uygulamalara aktarılabilmesi için

[] Açık rızamı veriyorum.

C. Elektronik Mesajlar:

Oda hizmetlerine yönelik bilgilendirme ve tanıtım amacıyla sınırlı olmak kaydıyla;

() TARAFIMA SMS yoluyla (Kısa Mesaj) gönderilmesine onay veriyorum.

() TARAFIMA e-mail göndermesine onay veriyorum.

() TARAFIMA Telefon ve Sesli Mesaj yolu ile ulaşılmasına onay veriyorum.

Tarih:/...../202..

Kişisel Veri Sahibinin

Adı Soyadı :

İmza :