



## BİLGİSAYARLI MUHASEBE KURS BAŞVURU FORMU

**UYARI: BİLGİSAYAR KURSUNDA GEÇEN EĞİTİM SÜRESİ STAJ SÜRESİN'DEN SAYILMAYACAKTIR.**

GRUP	HAFTA İÇİ	BAŞLAMA VE BİTİRME TARİHİ		
<input type="checkbox"/>		13 OCAK 2025 03 NİSAN 2025	<input type="checkbox"/>	

**PROGRAMIN YERİ:** ANKARA SMMM ODASI EĞİTİM BİRİMLERİ

Kumrular Cad. No:26 Kızılay/ANKARA

**TOPLAM DERS SAATİ: 144 Saat**

**KURS ÜCRETİ: 4.000,00-TL. (KDV Dahil)**

<b>ADI:</b>	<b>SOYADI:</b>
<b>BAĞLU BULUNDUĞU ODA:</b>	<b>SİCİL NO:</b>
<b>CEP TELEFON:</b>	<b>TC.NO:</b>
<b>E-mail Adresi:</b>	
<b>ADRES</b>	

**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 sırasında oluşabilecek maddi, manevi ve cismani zararlardan dolayı odamızın sorumlu olmadığını kursiyerler peşinen kabul ederler. Bu konuda hiçbir talepte bulunmamayı peşinen kabul etmiş sayılırlar. Kurs ücretini hafta içi mesai saatleri arasında Odamızdan da ödeyebilirsiniz,**

Kurslarımıza katılmak isteyen meslek mensubu adaylarımız kurs ücretlerini, Hesap No: ANKARA Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Basın Yayın Dağıtım Eğitim ve Danışmanlık İktisadi İşletmesi – Halk Bankası Yenışehir Şubesi IBAN: TR 62 0001 2009 2120 0012 0000 32 no.lu hesaba yatırabilirler.

Adres: Kumrular Cad. No:26 Kızılay/ANKARA

Eğitim: H. ANIL TEZCAN Mail adres: [atezcan@asmmmo.org.tr](mailto:atezcan@asmmmo.org.tr)

İMZA :.....



**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 Odasınca hazırlanan ve Odanın web sitesinde de yer alan Kursiyer Aydınlatma Metnini 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 :