



TEKİRDAĞ SERBEST MUHASEBECİ MALİ MÜŞAVİRLER ODASI
CHAMBER OF CERTIFIED PUBLIC ACCOUNTANTS OF TEKIRDAG

BAĞIMSIZ DENETÇİ SÜREKLİ EĞİTİM PROGRAMI ÖN BAŞVURU FORMU

Adı, Soyadı:		Unvanı:	
T.C. Kimlik No:		Oda Sicil No:	
İş Yeri Adresi	İl/ilçe:		Posta Kodu:
	İkametgâh Adresi		Posta Kodu:
GSM:		E-Posta:	
Fatura Adresi	Vergi Dairesi:		Vergi/T.C No:

Başvurulan ders Programı:

Ders Programı	Süre	Tercih
BOBİ FRS UYGULAMALARI	21 Saat – 3 Gün	<input type="checkbox"/>
BAĞIMSIZ DENETİM STANDARTLARI	14 Saat – 2 Gün	<input type="checkbox"/>
FİNANSAL TABLOLAR ANALİZİ	7 Saat – 1 Gün	<input type="checkbox"/>
İLERİ FİNANSAL YÖNETİM	7 Saat – 1 Gün	<input type="checkbox"/>
ETİK KURALLAR	5 Saat – 1 Gün	<input type="checkbox"/>

Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, Tekirdağ SMMM Odası Bağımsız Denetçi Eğitim Programına ön kaydımın yapılmasını arz ederim.

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

İmza: