**KÜTÜPHANELER ARASI ÖDÜNÇ KİTAP/TEZ/FOTOKOPİ İSTEK FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İstek No:**  | **İstek Tarihi: …./…./….** | **Geçerlilik Tarihi: …./…./….** |
| İsteyen Kütüphanenin Adı/Adresi:T.C. İstanbul Aydın Üniversitesi Kütüphanesi Beşyol Mah. İnönü Cad. No: 40 Sefaköy-Küçükçekmece/İstanbul Tel: 444 1 428 (1179) | \*İstenen Kütüphanenin Adı:  |
| \*İsteyen Kişi Adı:  | Görevi: | Bölümü/E mail:Adresi/Telefon: | **BAŞVURULAN KÜTÜPHANENİN BİLDİRİSİ**Gönderildiği Tarih : …./…./….Geri İstendiği Tarih : …./…./….Geri Getirildiği Tarih: …./…./….Teslim alan Kütüphanecinin Adı-Soyadı: Yayın gönderilmiyorsa nedeni: Kütüphanede mevcut değil Ödünç verilmez  Başka okuyucuda  Diğer |
| \*Kitap, Tez veya Dergi Adı: |
| \*Kitap, Tez veya Makalenin Yazarı: |
| \*Yayın Yeri:  | \*Yayın Evi:  |
| \*Baskı: | \*Yıl  | \*Cilt: | \*Sayı: | \*Sayfa: |
| \*ISBN /ISSN NO:  |
| \*Yer No:  | Yalnız bu baskıyı istiyoruz:  | İSTEYEN KÜTÜPHANE BİLDİRİSİ Yayının Alındığı Tarih : Yayının Geri Veriliş Tarih: |
| Bibliyografik Künyenin Sağlandığı  |
| **\*İsteyen Okuyucunun** **Adı-Soyadı**  **\* İmzası :** | **Yetkili Kütüphanecinin** **Adı-Soyadı**  **İmzası:** |

**\*İle işaretlenmiş yerler mutlaka doldurulmalıdır.**

**\*Kargo ve fotokopi ücretleri istekte bulunan kullanıcıya aittir.**