

**KATILIM SAĞLAYAN FAKÜLTE / M.Y.O. / BİRİM:**

**……………………………………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TAKIM SORUMLUSU** |
| **ADI SOYADI:** |  |
| **ÜNVAN / BİRİM:** |  |
| **İŞ TELEFONU:** |  |
| **CEP TELEFONU:** |  |
| **E-MAİL:** |  |

Akdeniz Üniversitesi 2024 – 2025 Akademik Yılı Personel Voleybol Turnuvası süresince; ***Akdeniz Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi gerekli gördüğü durumlarda turnuva ve müsabaka programı, kuralları, tarih, işleyiş ve talimatnamede her türlü değişikliği yapma hakkına sahiptir.*** Turnuva Kurallarını, şart ve taahhütlerini Akdeniz Üniversitesi çalışanları olarak kabul ederek turnuvaya katılmak istiyoruz, gereğini arz ederiz.

**İMZA**

**ADI – SOYADI**