



Dilek ve Öneri Formu

Ünvan*	<input type="text" value="Seçiniz"/>
TC Kimlik Numarası*	<input type="text" value="TC Kimlik Numarası"/>
Adı*	<input type="text" value="Adı"/>
Soyadı*	<input type="text" value="Soyadı"/>
Doğum Yılı*	<input type="text" value="Seçiniz"/>
Biriminiz*	<input type="text" value="Biriminiz"/>
E-posta Adresi*	<input type="text" value="E-posta Adresi"/>
Cep Telefonu*	<input type="text" value="(Ör:5xx1234567)"/>