HÁZIORVOSI CSOPORT
MAGYAR ORVOSI KAMARA

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a Magyar Orvosi Kamara Háziorvosi Csoportjának ügyrendjét ismerem, azt elfogadom. Jelen Nyilatkozat aláírásával kérem, hogy a Csoport rendes tagjainak sorába felvegyen, egyben hozzájárulok, hogy a Csoport rendes tagjai között nyilvántartson, az általam megadott személyes adataimat kezelje.

NÉV:

ANYJA NEVE:

SZÜLETÉSI IDŐ:

PECSÉTSZÁM:

LAKCÍM:

TELEFONSZÁM:

EMAIL CÍM:

Milyen típusú praxisban tevékenykedek? felnőtt - gyermek - vegyes

Ha van más szakvizsgám, akkor az a következő:

DÁTUM:

NYILATKOZATTEVŐ ALÁÍRÁSA