SZAKRENDELŐI CSOPORT

MAGYAR ORVOSI KAMARA

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a Magyar Orvosi Kamara Szakrendelői 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:…….

EMAIL:……

TELEFONSZÁM:……

DÁTUM:…….

……..
NYILATKOZATTEVŐ ALÁÍRÁSA