

Pszichiátriai Csoport

Magyar Orvosi Kamara

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a Magyar Orvosi Kamara Pszichiátriai 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