

Magyar Orvosi Kamara

Intenzív Terápiás és

Aneszteziológiai

Munkacsoport

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a Magyar Orvosi Kamara Intenzív Terápiás és Aneszteziológiai Munkacsoport (MINTA Csoport) ügyrendjét ismerem, azt elfogadom. Jelen Nyilatkozat aláírásával kérem, hogy a Csoport rendes tagjainak sorába felvegyen, egyben hozzájárulok, hogy a Csoport rendes tagjai között nyilvántartsa, az általam megadott személyes adataimat kezelje.

NÉV:

ANYJA NEVE:

SZÜLETÉSI IDŐ:

PECSÉTSZÁM:

LAKCÍM:

EMAIL:

TELEFONSZÁM:

DÁTUM:

NYILATKOZATTEVŐ ALÁÍRÁSA