

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kijelentem, hogy a Magyar Orvosi Kamara Szakorvosjelölti 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: _____

E-MAIL CÍM: _____

TELEFONSZÁM: _____

SZAKIRÁNY: _____

SZAK-/PhD KÉPZÉS KEZDETE: _____

KÉPZÉS VÁRHATÓ BEFEJEZÉSE: _____

EGYETEMI RÉGIÓ: _____

Kérjük az aláírt példány (elektronikus aláírás és scannelt verzió is megfelel) elküldését az adott egyetemi régió vezetőjének:

Debreceni Egyetem: Dr. Illésy Lóránt - illesy.lorant@mok.hu

Pécsi Tudományegyetem: Dr. Hamar Attila - hamar.attila@mok.hu

Semmelweis Egyetem: Dr. Szakál-Tóth Zsófia - szakaltoth.zsafia@mok.hu

Szegedi Tudományegyetem: Dr. Biernacki Tamás - biernacki.tamas@mok.hu

ÉS a belépési űrlap (<https://forms.gle/yo9pEKaBWb3qwBYh6>) kitöltését.

DÁTUM:

.....
NYILATKOZATTEVŐ ALÁÍRÁSA