

Kérjük, tölts ki és küldje vissza címünkre.

## Jelentkezési lap

Név: .....

Foglalkozás: .....

Munkahely/Intézet: .....

Cím: .....

Pecsétszám: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Képzés neve / dátuma: .....

A jelentkezési lap kitöltésével hozzájárulok, hogy adataimat a MediConsult-Group Kft adatbázisában rögzítse és részemre az elkövetkező képzésekről tájékoztatást küldjön.      igen       nem