

JELENTKEZÉSI LAP

A jelentkezési lapot olvashatóan, személyenként kérjük kitölteni és az alábbi címre visszaküldeni:

Magyar Primer Prevenció Orvosi Egyesület

Fax: 1-210-4874, e-mail: matedit@bell.sote.hu

Posta: Máté Edit, SE I. Belgyógyászati Klinika, 1083 Budapest Korányi S. u. 2/A

Jelentkezési lap beérkezésének határideje: 2011. augusztus 20.

Név:		
Beosztás:		
Orvosi bélyegző szám:		
Levelezési cím:		
Munkahely neve:		
Munkahely címe:		
Tel.:	Fax:	E-mail:

befizetés helyszínen

átutalással történő befizetés

A fenti befizetések összegéről szóló számlát az alábbi névre és címre kérem kiállítani:

Cégnév: _____

Cím: _____

Tudomásul veszem, hogy regisztrációm a szervező által küldött visszaigazolással válik véglegessé, melyet a fent megjelölt email címre (annak hiányában fax számra) kapok. Aláírással igazolom, hogy az általam megjelölt szolgáltatást megrendelem, és a költségét viselem.

2011. _____