

## Jelentkezési lap

### ORFMMT Neurorehabilitációs Szekció

#### *"Szemeztetések 10"*

Név:

Munkahely neve:.....

Munkahely címe:.....

Szakképesítése, melyre a pontot kéri:.....

Eü.szakdolgozó működési nyilvántartási kártya száma/ orvosi pecsétszám: .....

Mobil:..... E-mail cím:.....

Szakdolgozók részére akkreditált.

Orvosok részére akkreditálás folyamatban