

Kérjük olvashatóan kitölteni!

REGISZTRÁCIÓS ADATLAP

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának klinikáira
KIRENDELTE státuszú **költségtérítéses** szakfogorvos képzésére

(szakirány megnevezése)

fénykép
helye

szakirányra felvételt nyert szakfogorvosjelölt részére
szakképzési megállapodás megkötéséhez

Rendszerbe lépés dátuma:

2019

I. Személyi adatok:

Név: anyja neve:

Születési helye:ideje:

Állampolgársága személyi ig. száma:

Állandó lakcím:

Értesítési cím:

E-mail cím: telefonszám:

TAJ szám: Adóazonosító jel:

Folyószámla szám:

Fogorvosi diploma kiállításának helye: száma, kelte:

Orvosi alapnyilvántartás száma: kelte:

Aktuális működési nyilvántartás kezdete és vége:

II. Számlázási adatok:

Számlázási név (cég, egyéni vállalkozó vagy magánszemély):

Számlázási cím:

Adószám (cég vagy egyéni vállalkozó esetén):

III. Szakképzőhelyre vonatkozó adatok:

Szakképzőhely neve:

Szakképzőhely címe:

Szakképzést felügyelő tutor neve:

Budapest, 2019.....

.....
szakorvosjelölt aláírása

CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK:

- minimum heti 36 órás alkalmazást igazoló munkaszerződés fénymásolata
- akkreditált szakképző hely által kitöltött munkahelyi befogadó szándéknyilatkozat
- **kirendelő nyilatkozat**
- kérelem számlaigényléshez kitöltve, (cégszerűen aláírva)
- a szakképesítés megszerzéséhez megfelelő végzettségét igazoló oklevél fénymásolata
- orvosi működési nyilvántartásba vételt igazoló határozat fénymásolata
- kamarai tagságot igazoló határozat fénymásolata
- személyi igazolvány fénymásolata
- lakcímkártya fénymásolata
- 2 db igazolványkép
- foglalkozás-egészségügyi alkalmasság igazolásának másolata