**Költségátvállalási nyilatkozat**

Alulírott munkáltató/támogatást nyújtó átvállalom ………………………………..………………………………….. orvos / klinikai szakpszichológus tanfolyamának részvételi díját.

Orvos **pecsétszáma** / klinikai szakpszichológus **nyilvántartási száma**: …………………………

Tanfolyam megnevezése:

Átvállalt összeg: ……………………………..Ft

**Pontos** számlázási név, cím: ……………………………….……………………………………………………………….……….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……….………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….….………...

Költségátvállaló cég **adószáma:** .…………………………………………………………………………………….…………

Költségátvállaló cég **cégjegyzékszáma:** ……….……………………………………………………………………………

Költségátvállaló cég **bankszámlaszáma:** ……………………………………………………………………………………

**Tevékenységük jellege**:\* egészségügyi, egyéb egészségügyi, nem egészségügyi

Számlázás **nyelve:\*** magyar, angol / **pénzneme**:\* HUF, EUR, USD

Államháztartási azonosító (ÁHT) ha van: …………………………………………………………………………….……

Kapcsolattartója neve, telefonszáma: ..…………….…..…………………………………………………………………………

Postázási név, cím, amennyiben nem egyezik meg a számlázási címmel: ……..…………………….........

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………….

Dátum: ……………………………………………………

p.h.

…………………………………………………………

aláírás

Küldés e-mailben: varadi.maria@semmelweis.hu

\*jelzett résznél a megfelelő válasz aláhúzandó