

Befogadó nyilatkozat kiegészítő gyakorlathoz

Kiegészítő gyakorlatot végző fogorvos

Neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Anyja neve:

Orvosi nyilvántartási száma:

Adóazonosító jele:

TAJ száma:

A szakképzést végző egészségügyi szolgáltató vezetője tölti ki:

Egészségügyi szolgáltató

Neve:

Címe:

Telefonszáma:

A gyakorlati képzést közvetlenül irányító és felügyelő felelős fogszakorvos

Neve:

Orvosi nyilvántartási száma:

Szakképesítése:

Szakképesítésének kelte:

A 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 8. § (5) bekezdése alapján végzett kiegészítő gyakorlati (maximum 3 hónap) képzését -tól -ig közvetlenül irányító szakorvos felügyeletével biztosítom.

Dátum:

P.h.

.....

Egészségügyi szolgáltató
vezetőjének aláírása