

Költségátvállalási nyilatkozat

Alulírott munkáltató/támogatást nyújtó átvállalom..... fogorvos
kötelező szintentartó tanfolyamának részvételi díját.

Fogorvos **pecsétszáma nyilvántartási száma***:

Tanfolyam megnevezése:

Tanfolyam kódja: SE-FOK/

Átvállalt összeg:Ft

Pontos számlázási név, cím:

.....
.....

Költségátvállaló cég **adószáma:**

Költségátvállaló cég **cégjegyzékszám:**

Költségátvállaló cég **bankszámlaszám:**

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-mail: szkep@semmelweis.hu,

*jelzett résznél a megfelelő válasz aláhúzandó

Módosítva: 2024. május 29.