**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-mail: karacsony.gabriella@semmelweis.hu  szagos.viktoria@semmelweis.hu

\*jelzett résznél a megfelelő válasz aláhúzandó