**Költségátvállalói 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, email címe**, telefonszáma: ..…………….…..…………………………………………………………………………………………

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

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

……………………………………………………………………………………………………………

Dátum: …………………………………

**p.h.**

…………………………………………………………

**aláírás**

\*jelzett résznél a megfelelő válasz aláhúzandó