**Költségvállalási Nyilatkozat**

Alulírott………………………………………………**(cégvezetője),** mint kötelezettségvállaló; képviseli ........................................................... **(cég),** vállaljuk, hogy az SE Orvosi Képalkotó Klinika által szervezett …………………….………….…………(**tanfolyam megnevezése, kódszáma**) tanfolyam részvételi díját **………………………………….. (részvevő név)** az Egyetem részére ………………… (**Ft)** összegben a kiállított átutalásos számla alapján kiegyenlítjük.

Kérem, hogy a számlát az alábbi címre állítsák ki:

Vevő neve:

Címe:

Adószám:

Bankszámlaszám:

Vevő ügyintézője:

Telefonszám:

e-mail:

Budapest, 2024.