ET

Alulírott ……………………………………………..…. kijelentem, hogy a Magyar Fogorvosok Társaságának Endodontiai Társasága (MET) tagja kívánok lenni. A szervezet alapszabályát elfogadom és a tagdíj rendszeres befizetését vállalom.

Kelt: ……………………. 201 / / .

……………………………………

aláírás

**Adataim:**

Titulus:………

Vezetéknév:………………...

Keresztnév: ………………..

Pecsétszám: ………………..

Email-cím: …………………

Levelezési cím (irányítószámmal): ………………………………..

Munkahely megnevezése: …………………………………………

Címe: ………………………………………………………………