

DEMONSTRÁTORI ÖSZTÖNDÍJ

TELJESÍTÉSIGAZOLÁS

Ezúton igazolom, hogy (hallgató neve)
..... (hallgató NEPTUN kódja) 20..... (év) (hónap) (nap) és
20..... (év) (hónap) (nap) között demonstrátori feladatait a
.....
(szervezeti egység) Intézetben/Klinikán/Tanszéken teljesítette.

Budapest, 20..... (év) (hónap) (nap)

Ph.

szervezeti egység vezetője