

Költségátvállalási nyilatkozat

Alulírott munkáltató/támogatást nyújtó átvállalom
orvos / klinikai szakpszichológus kötelező szinten tartó tanfolyamának részvételi díját.

Orvos **pecsét száma** / klinikai szakpszichológus **nyilvántartási száma**:

Tanfolyam megnevezése:

Tanfolyam kódja: SE-SZTOK/..... Átvállalt összeg:..... Ft

Pontos számlázási név, cím:

.....

.....

Költségátvállaló cég **adó száma**:

Költségátvállaló cég **cégjegyzékszám**a:

Költségátvállaló cég **bankszámla száma**:

Tevékenységünk jellege:* egészségügyi, egyéb egészségügyi, nem egészségügyi

Számlázás **nyelve**:* magyar, angol / **pénzneme**:* HUF, EUR, USD

Államháztartási azonosító (ÁHT) ha van:

Kapcsolattartó neve, telefonszáma:

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

.....

Dátum:

p.h.

.....

aláírás

Küldés: e-mail: filep.hajnalka_gabriella@semmelweis.hu

torak.zsuzsanna@semmelweis.hu

*jelzett résznél a megfelelő válasz aláhúzendó