**Költségátvállalási nyilatkozat**

Alulírott munkáltató/támogatást nyújtó átvállalom ………………………………………………… orvos / klinikai

szakpszichológus kötelező szinten tartó tanfolyamának részvételi díját.

Orvos **pecsétszáma** / klinikai szakpszichológus **nyilvántartási száma\***: …………………………..…………..

Tanfolyam megnevezése: ………………………………………………………………………………………….……………..

Tanfolyam kódja: SE-TK/…………………………………………… 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, telefonszáma:..…………..…………………………………………………………………………

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

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

Dátum: ……………………………………………………

p. h.

…………………………………………………………

aláírás

Küldés: e-mail: vig.gabriella@semmelweis-univ.hu,

 titkarsag.tovabbkepzes@semmelweis-univ.hu

\*jelzett résznél a megfelelő válasz aláhúzandó