

IGAZOLÁS

AIntézmény
képviselésében igazoljuk, hogy

Név:

Születési hely, idő:

Orvosi pecsét száma:

Lakcím:

Tartózkodási cím:

a szakorvosok, szakfogyorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzésről szóló 23/2012. (IX.14.) EMMI rendelet 13. § (2) bekezdésében, illetve a 2 sz. mellékletében foglalt előírásoknak eleget tett, vagy *a 60/2003-as (X. 20.) ESzCsM rendeletben szakmakóddal rendelkező „Kiegészítő Gyógyászati Tevékenységek, Nem Konvencionális Gyógyászati Módo*k” valamelyikéből legalább a licencképzés jogszabályban meghatározott időtartam háromszoros idejének megfelelő gyakorlattal (6 év) rendelkezik.

Jelen igazolást **Integratív medicina** képzés nélküli licenc vizsgára történő jelentkezés céljából állítottuk ki.

Kelt:, év hó nap

.....
Osztályvezető főorvos

P.H.

.....
Intézményvezető/igazgató