**MAGYAR ÁPOLÁSI EGYESÜLET**
**Hungarian Nursing Association**

H-1431 Budapest, Pf. 190
Tel/Fax: 36 1 266 5935
http://www.apolasiegyesulet.hu
mae@apolasiegyesulet.hu

# Nyilatkozat

Alulírott

Név:

Születéskori név:

Lakcím:

Nyilatkozom, hogy a személyemre adott Magyar Ápolási Egyesület **elnöki / alelnöki** tisztségre való jelölést elfogadom.

Kijelentem, hogy jelölésnek és megválasztásom esetén a tisztség betöltésének törvényes akadálya nincs és velem szemben a Magyar Ápolási Egyesület alapszabályának 13.3. és 13.4. pontjában foglalt összeférhetetlenségi okok nem állnak fenn.

Nyilatkozom továbbá, hogy megválasztásom esetén a tisztség betöltésével járó feladatokat a legjobb tudásom szerint, a Magyar Ápolási Egyesület érdekeit szem előtt tartva látom el.

Kelt:

……..

jelölt aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.) Név:
Lakcím:
Aláírás:

2.) Név:
Lakcím:
Aláírás: