Magyar Gyermeksebész Társaság

BELÉPÉSI

Otthoni telefon*:

Címzett	Személy Személy Személy
Másolatot kap	Személy
Titkos másolatot kap	Személy
Tárgy	

Postámat** lakásomra ☐ munkahelyemre X kérem küldeni!

Kérem felvételemet a Magyar Gyermeksebész Társaság tagjai közé!

Tudomásul veszem, hogy

Magyar Gyermeksebész Társaság

- jelentkezésem ill. tagságom fenntartása az éves tagdíj befizetésével válik érvényessé;
- a Magyar Gyermeksebész Társaság tagjaként, annak Alapszabályát köteles vagyok megtartani.

*Tagja kívánok lenni a Traumatológia Szekciónak is*** *igen* ☐ *nem* ☐

Dátum: 2025.08.01

aláírás

A Társaság tagjai közé ..... napon felvettük.

Dr. Sasi-Szabó László András
Főtitkár

* kitöltése nem kötelező

** a megfelelő négyzetbe tegyen X-et

VISSZAKÜLDÉSI CÍM: Dr. Sasi-Szabó László András, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gyermekklinika, 4032 Debrecen, Nagyerdei körút 98. illetve E-mailben: sasi.szabo.laszlo@med.unideb.hu