



Magyar Gyermeksebész Társaság

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Alulírott,

Név:

Munkahely:

Munkahely címe:

Munkahelyi telefon:

Szakképzettség:

Lakcím*:

Otthoni telefon*:

Mobiltelefon*:

E-mail cím:

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

Postámat** lakásomra ☐ munkahelyemre ☒ kérem küldeni!



Magyar Gyermeksebész Társaság

Kérem felvételemet a Magyar Gyermeksebész Társaság tagjai közé!

Tudomásul veszem, hogy

- 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.

* kitöltése nem kötelező

** a megfelelő négyzetbe tegyen X-et

Dr. Sasi-Szabó László András

Főtitkár

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