ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT

Kérjük, nyomtatott betűkkel, vagy gépben töltse ki!
Az adatokat bizalmasan kezeljük!

Költségviselőről szóló nyilatkozat

Résztvevő adatai:

Név: _____

Cím: _____

Levelezési cím (amennyiben eltér a résztvevő címétől):

Név: _____

Cím: _____

_____

Számlázás adatai:

Számlázási név: _____

Számlázási cím: _____

Képzés neve: **Transzplantációs koordináció, mint az ápolás speciális területe, Budapest – 2019. október 22.**

Részvételi díj: **1000 Ft**

Fizetési mód: **Helyszíni befizetés a képzés napján, készpénzben**

Kelt:……., 2019…….hó……nap

…….
költségviselő aláírása

P.h.

A nyilatkozatot kérjük, hozza magával a képzésre, és adja le a regisztrációnál a részvételi díj befizetésekor, amennyiben a költséget munkahelye vállalja.
A befizetésről szóló számlát a képzést követően postai úton küldjük meg a számlát nem saját névre kérő résztvevők címére, vagy amennyiben eltér, a levelezési címre.