



## FOGADÓNYILATKOZAT

Igazolom, hogy intézményünk

.....  
(kórház és a fogadóosztály neve)

.....  
(hallgató neve)..... (évfolyam, szak).....

hallgatót .....  
(időpont –tól – ig) között blokkgyakorlat letöltésére térítésmentesen  
fogadjuk (kivéve akkreditált kórházak).

Dátum: .....

.....  
intézményi aláírás

P.H.