



FOGADÓNYILATKOZAT

Igazolom, hogy intézményünk

.....

(kórház és a fogadó osztály neve)

.....

(hallgató neve)

végzős általános orvos szakos hallgatót

..... (időpont –tól – ig) között

VI. évesgyakorlata letöltésére
térítésmentesen (kivéve DE ÁOK által akkreditált kórházak) fogadjuk.

Dátum:

.....

intézményi aláírás

P.H.