



FOGADÓNYILATKOZAT

Igazolom, hogy intézményünk

.....

.....

(kórház és a fogadóosztály neve)

..... (hallgató neve)

..... (évfolyam, szak) hallgatót

..... (időpont –tól – ig)

között belgyógyászat nyári gyakorlat letöltésére térítésmentesen (kivéve DE
ÁOK által akkreditált kórházak) fogadja.

Dátum:

.....

intézményi aláírás

P.H.