



FOGADÓNYILATKOZAT

Igazolom, hogy intézményünk

.....

.....

(kórház és a fogadóosztály neve)

..... (hallgató neve)

..... (évfolyam, szak) hallgatót

..... (időpont –től – ig)

között blokkgyakorlat letöltésére

térítésmentesen (kivéve DE ÁOK által akkreditált kórházak) fogadja.

Dátum:

.....

intézményi aláírás

P.H.