



FOGADÓNYILATKOZAT

Fogászati asszisztensi/dento-alveoláris/komplex fogászati kötelező szakmai nyári gyakorlathoz

(csak akkor szükséges, ha nem a DE FOK-on történik a nyári gyakorlat teljesítése)

Alulírott (fogorvos neve)

igazolom, hogy rendelőnk:

.....(rendelő neve)

.....(rendelő címe)

a DE-FOK/SE-FOK/SzE-FOK/PTE-ÁOK* által akkreditált rendelő

VAGY,

(akkreditációval nem rendelkező egészségügyi szolgáltató esetén)

igazolom, hogy működési engedéllyel rendelkezem és rendelőnk hetente átlagosan

beteget lát el.

.....

(hallgató neve)

első-/másod-/harmad-/negyedéves* fogorvostan hallgatót

.....-tól-ig
fogászati asszisztensi/dento-alveoláris/komplex fogászati* nyári gyakorlat letöltésére
térítésmentesen fogadjuk, számára a tematikában foglaltak teljesítését biztosítjuk.

A gyakorlat nyelve magyar, angol.*

Kelt:, 20

.....

intézményi aláírás

PH.

* A kívánt rész aláhúzendő.