



FOGADÓNYILATKOZAT

Igazolom, hogy a
(intézmény megnevezése) osztályán,
..... (név), a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi
Albert Orvostudományi Kar évfolyamos orvostanhallgatóját
szakmai gyakorlat letöltésére

20 hó napjától

20 hó napjáig fogadjuk.

Tudomásul veszem, hogy a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kara a külső intézményekben a Kar és az intézmény közötti megállapodásban foglaltak szerint vállalja a gyakorlatok finanszírozását.

20 hó nap

P.H.

Aláírás

engedélyező neve:

beosztása:

(kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni)

Kórház/Klinika pontos levelezési címe, az intézményvezető nevének megadásával: