



## 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: