

BEFOGADÓ NYILATKOZAT

Igazolom, hogy

..... -t

(szül.:, a. n.:, lakcíme:
.....),

a Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Karának évfolyamos hallgatóját a(z)

Intézet/szakrendelő/rendelő neve:.....

Működési (ÁNTSZ) engedély száma:.....

Címe:.....

Telefonszáma:.....

kötelező nyári szakmai gyakorlat letöltése céljából az alábbi időpontban

.....

térítésmentesen fogadja.

Gyakorlatvezető neve:.....

Kijelentem, hogy az intézet/szakrendelő/rendelő rendelkezik működési engedéllyel, a betegforgalmi adatok alapján alkalmas a fogorvostan-hallgató nyári gyakorlat keretében végzett képzésére.

Dátum:

.....

aláírás

P.H.