



Magyar Orthodontusok Társasága
1072 Budapest, Rákóczi út 4. IV. em. 1.
Telefon: 06-1 / 411 12 11
kurzus@fogszabalyozo.hu

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Kérjük szépen az alábbi kérdőívet **nyomatott betűkkel** töltsse ki.

Név: Orvosi pecsét száma:

Továbbképzésre hol van bejelentve (leckekönyv helye):

Levelezési cím (irányítószám, város, utca, házszám):
.....

Telefonszám (körzetszám, szám):

E-mail cím (nyomatott betűkkel):

Honlap címe:

Számlázási név, cím (név, vagy. cégnév, irányítószám, város, utca, házszám):
.....

Diploma megszerzésének helye: Diploma megszerzésének éve:

Fogszabályozási szakvizsga éve:

Mely orvostudományi társaság tagja:

Milyen kivehető készülékkel dolgozik:

Mely multiband rendszert használja:

Munkájának hány százalékát teszi ki a fogszabályozás:

Milyen úton kerül önhöz páciens:
.....

Kérjük, írja meg (nevét, címét) ismer-e a felsorolt kollégákon kívül olyan fogorvost, fogtechnikust, aki fogszabályozással foglalkozik:
.....
.....

Értesítésünk elegendő-e, hogy csak az e-mail címére küldjük: igen nem

dátum

Aláírás