**Költségvállalási Nyilatkozat**

Alulírott, vállaljuk, hogy 2021. október 7-8-án megrendezésre kerülő Válogatott Fejezetek a Klinikai Endokrinológiából tanfolyamon

Résztvevő:

Név:........................................................................................…………………..………………

Beosztás/foglalkozás:...................................................................................................................

Munkahely:..........................................................................................…………………………

Részvételi költségeit a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ által

Előre megküldött számla alapján a megadott határidőig átutaljuk.

A költségviselő (munkahely, intézmény, vállalkozás) adatai, számlázási címe:

Név:.......................................................................................................................................

Cím:.......................................................................................................................................

Adószám (Céges fizetésnél)…………………………………………………………..

Ügyintéző neve és telefonszáma:...........................................................................................

Dátum: cégszerű aláírás, bélyegző