



titulus: _____ név: _____ szül. idő: _____ év _____ hó _____ nap

orvosi működési engedélyszám (orvosi pecsétszám): _____

lakcím: irányítószám: _____ város: _____

utca, házsám: _____

telefonszám/mobil: _____ e-mail: _____

munkahely: neve: _____

osztály: _____

beosztás: _____ tudományos fokozat: _____

címe: irányítószám: _____ város: _____

utca, házsám: _____

Nyelvtudás, szakvizsga

nyelv: _____ fokozat: _____ szakképesítés: _____

nyelv: _____ fokozat: _____ szakképesítés: _____

nyelv: _____ fokozat: _____ szakképesítés: _____

A számlát az alábbi névre, címre kérem kiállítani:

cégnév: _____

székhely címe: irányítószám: _____ város: _____

utca, házsám: _____

adószám: _____

kapcsolattartó neve: _____ telefon/mobil: _____

Kelt: 20____. _____ hó _____ nap

Belépési nyilatkozat aláírás



NYILATKOZAT

Hozzájárulok,

1. hogy születési dátumomat, kedvezmények illetve névazonosság miatti könnyebb adatfeldolgozás érdekében a Társaság nyilvántartsa.
2. hogy a lakcímemet, munkahelyem adatait, kiadványok és a Társaság által engedélyezett levélreklámok megküldése érdekében nyilvántartsa, és információs célból tevékenységi körében, használja.
3. hogy az e-mail címemet tanfolyami, kongresszusi és a Társaság aktuális programjai megküldéséhez használja.

igen, nem (kérjük a megfelelő részt jelölje x-szel.)

A tagsági adatok harmadik személynek nem adhatók tovább.

Kelt: 20____. _____ hó _____ nap

Adathasználat engedélyező nyilatkozat aláírása

Éves tagdíj: 2000 Ft, melyet a Magyar Reproductív Immunológiai Társaság nevére, a 10400951-50526585-50561012 bankszámlaszámra kérjük utalni, a közlemény rovatban jelezze a számlaigényét.

Kérjük a belépési nyilatkozatot nyomtatott betűvel, olvashatóan tölts ki, és szkennelve küldje meg a titkarsag@mrit.org.hu e-mail címre. Az esetleges adatváltozást mihamarabb küldje meg a Társaságnak, hogy az értesítések ne kerüljék el, időben kaphassa meg az információkat kongresszusról, tanfolyamról!
Köszönjük!