

ALÁÍRÁS MINTA

Alulírott(orvos neve) tanúsítom, hogy ezen okiraton sajátkezű, valódi aláírásom szerepel.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 112. §-ának (5) bekezdésében meghatározott, közérdekből nyilvános adataim:

Név:

Alapnyilvántartási szám:

Munkahely:

Szakorvosi bizonyítvány(ok) megnevezése:

Kelt:.....

.....

aláírás