



MCRN-HUNGARY

Felvételi Kérelem

Kérem felvételemet a Magyarországi Gyermekgyógyászati Klinikai Vizsgálati Hálózatába (Medicines for Children Research – Hungary).

Név /nyomtatott/:.....

Szül. hely, dátum:.....

Anyja neve:.....Állampolgárság: /ha nem magyar/.....

cím:

Munkahely:.....

Munkahely címe:.....

E-mail:.....Mobil:.....

Végzettség:.....Beosztás:.....

Szakképzettség:.....Szakmában eltöltött idő:.....

Aláírással hozzájárulok ahhoz, hogy nevem és levélcímem a Társaság web-lapján megjelenjen.

Kelt:..... A kérelmező aláírása:.....



Az Elnökség a felvételi kérelmet jóváhagyta nem hagyta jóvá

Kelt:..... Jóváhagyók aláírása:

.....
.....
.....
.....