



MAGYAR ÁPOLÁSI EGYESÜLET

Hungarian Nursing Association

H-1431 Budapest, Pf. 190.
Tel/Fax: 36 1 266 5935,
<http://www.apolasi Egyesulet.hu>
mae@apolasi Egyesulet.hu



Nyilatkozat

Alulírott

Név:

Születéskori név:

Lakcím:

Nyilatkozom, hogy a személyemre adott, a Magyar Ápolási Egyesület megyei küldöttjére való jelölést elfogadom.

Nyilatkozom, hogy megválasztásom esetén a megyei küldött státusz betöltésével járó feladatokat a legjobb tudásom szerint, a Magyar Ápolási Egyesület érdekeit szem előtt tartva látom el.

Kelt:

.....

jelölt aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

1.) Név:

Lakcím:

Aláírás:

2.) Név:

Lakcím:

Aláírás: