



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 Magyar Ápolási Egyesület megyei vezetőségi tagja tisztségre való jelölést elfogadom.

Kijelentem, hogy jelölésnek és megválasztásom esetén a tisztség betöltésének törvényes akadálya nincs és velem szemben a Magyar Ápolási Egyesület alapszabályának 13.3. és 13.4. pontjában foglalt összeférhetlenségi okok nem állnak fenn.

Nyilatkozom továbbá, hogy megválasztásom esetén a tisztség 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: