

MAGYARORSZÁGI PSZORIÁZIS KLUBOK EGYESÜLETE
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
6720 Szeged, Korányi fasor 6–8.

Nyilvántartási szám: _____

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Név:

Születéskori név:.....

Lakcím (irányítószám is):

.....

Telefonszám, amelyen elérhető:

Mely időpontban érhető el telefonon?

E-mail cím:

A Magyarországi Pszoriázis Klubok Egyesületének Alapszabályát
elfogadom. A Belépési nyilatkozat aláírásával kérem felvételemet az
Egyesületbe.

Kelt:, 20 évhó nap

Aláírás