

Beavatkozással Nem Járó Vizsgálat

## Tréning részvételi nyilatkozat

Orvos neve: .....

<b>Téma</b>	A Magyar ABPM Regiszter adatkitöltő programjának használata
<b>Tréning típusa*</b>	Online
<b>Oktatást végző neve**</b>	Tóthné Kiss Zsuzsanna

(\* Tréning típusa: on-line, személyes vagy önálló tréning)

(\*\* Oktatást végző neve: önálló tréning esetén: tréninget elvégző neve)

.....	.....
Dátum	Az oktatáson résztvevő <b>orvos</b> aláírása és pecsétszáma

.....	.....
Dátum	Az oktatást végző aláírása <b>Tóthné Kiss Zsuzsanna</b>