



BETA

Betegszervezetek Akadémiája
beta.info.hu

Részvételi nyilatkozat

Alulírott....., a..... betegség szervezet képviselője nyilatkozom, hogy a BETA által szervezett programsorozatban az általam képviselt betegség szervezet részt kíván venni, a programsorozat rendezvényein (2016. szeptembertől 2017. májusig tervezetten havi egy, összesen 6 rendezvény) legalább 3 alkalommal betegség szervezetünk képviselője részt vesz, és az oktató sorozat tananyagát a betegség szervezeti társaival megosztja.

Betegszervezet pontos

neve: _____

Kapcsolattartó neve: _____

Honlapcím: _____

Email elérhetőség: _____

Telefonszám: _____

A jelen nyilatkozattal és a beta.info.hu honlapon meg tett regisztrációval a betegség szervezet képviselőként a programsorozatban való részvétel feltételeit elfogadom.

Dátum: _____

Aláírás

a _____ betegség szervezet nevében