|  |  |
| --- | --- |
| **Cég/intézmény neve** |  |
| **Cím** |  |
| **Adószám** |  |
| **Cégjegyzékszám** |  |
| **Ügyvezető neve** |  |
| **Kapcsolattartó neve** |  |
| **Kapcsolattartó e-mail címe** |  |
| **Kapcsolattartó telefonszáma** |  |

**IGAZOLÁS**

Alulírott igazolom, hogy az alábbiakban felsorolt személyek (ek) a gyakorlati képzésen (szakmai gyakorlaton) részt vettek).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Családnév** | **Utónév** | **Születési név** | **Születési dátum** | **Születési hely** | **Anyja neve** | **TAJ-szám** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |

……………………….,, év.,………..hó……nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cégszerű aláírás, P.H.