

# HOPE

Jelentkezési űrlap



hope@tm-pte.org

Név: .....

Születési datum: .....

Lakcím: .....

E-mail: .....

Tel./Mobil: .....

Foglalkozás: .....

A pankreász betegség:            AP            KP            AIP            PR

Város: .....

Ország: .....

Kezelőorvos neve: .....

Kezelőorvos e-mail címe: .....

Kezelőorvos tel. száma: .....

Jelentkezésemmel engedélyezem, hogy a Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport betegséggel kapcsolatban felkeressen.

Dátum: .....

.....

jelentkező aláírása