**Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság**

**Belépési nyilatkozat**

Alulírott kérem felvételemet a Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaságba. Tagdíjfizetési kötelezettséget tudomásul veszem.

Név:

Pecsétszám

Születési hely és idő:

Munkahely:

Levelezési cím

E-mail:

Szakvizsgák:

Dátum:

 -----------------------------------------------

 aláírás