Nyilatkozat

Alulírott……………………………………………………………….……, (született: …………………………………………………….., lakik…………………………………… …………………………………………..) hozzájárulok, hogy a Magyar Neuroimmunológiai Társaság nevemet, irányító számmal lakcímemet, e-mail címemet, telefonszámomat a Társaság működésével kapcsolatos információk továbbítása céljából tárolja illetve felhasználja.

Nyilatkozatom visszavonásig érvényes.

A csatolt adatkezelési nyilatkozatot elolvastam és megértettem.

…………………………………………………… …………………………..

Nyilatkozattevő aláírása Dátum

A nyilatkozat elküldhető:

e-mail (szkennelve): info.neuroimmun@gmail.com

postai úton: Dr. Rózsa Csilla

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Neurológiai Osztály, 1204 Budapest, Köves utca 1.