****

**Belépési nyilatkozat**

**Név: **

**Születési hely, idő:** 

**Anyja neve: **

**Lakcím: **

**E-mail cím:  Telefonszám: **

**Szakképesítés:  Működési nyilvántart. szám: **

**Pecsétszám:  Állomáshely: **

**Adószáma: **

**Alulírott kijelentem, hogy tagja kívánok lenni a**

**Magyar Mentő és Mentőtiszti Egyesületnek.**

**(orvos - mentőtiszt - mentőápoló szekció).**

**Az Egyesület alapszabályát elfogadom.**

**A belépési díjat 1.000.- Ft-ot a belépéskor átutalom.**

**Hozzájárulok, hogy illetményemből 500.-, azaz ötszáz forint havi tagdíjat levonjanak és a Magyar Mentő és Mentőtiszti Egyesületnek átutaljanak.**

**Az adatvédelmi rendelet ismeretében megbízom az MMME-t, hogy adataimat a törvény szerint kezelje.**

**Számlaszám: 11742441-20003122 OTP Bank**

Honlapunk: [www.mentoegyesulet.com](http://www.mentoegyesulet.com)

Email: szabo.klara@mentok.hu

Telefonszám: +36 20 567 4363

Dátum: A jelentkező sajátkezű aláírása

**A nyilatkozatot nyomtatott betűvel, olvashatóan kérjük kitölteni!**