

JELENTKEZÉSI LAP

Magyar Műlencse Implantációs és Refraktív Sebészeti Társaság
(SHIOL)

Alulírott kérem felvételemet az SHIOL tagjai közé.
Az SHIOL Alapszabályát ismerem, a Társaság céljaival egyetértek.

Név:

Lakcím:

Telefon:

Munkahely:

Cím:

Telefon:

E-mail:

Kelt:

.....
Aláírás

Ajánlók:

1.) 2.)

A kitöltött jelentkezési lapot postai úton kell az SHIOL titkárának elküldeni.

Titkár: Dr. Szalczer Lajos osztályvezető főorvos
Zala Megyei Kórház, Szemészet, 8900 Zalaegerszeg - Pózva