

## BELÉPÉSI NYILATKOZAT

Alulírott..... Anyja neve: .....

lakcím: ..... iskolai végzettsége: .....

munkahely: .....

beosztás: ..... kérem felvételemet az

**ORVOSI REHABILITÁCIÓ ÉS FIZIKÁLIS MEDICINA MAGYARORSZÁGI  
TÁRSASÁGA** tagjai sorába.

A Társaság Alapszabályát elolvastam és a magam részére kötelezően elfogadom.

Telefon: .....

Email: .....

.....

aláírás

Dátum: .....

.....

személyi ig. szám.

Ha az Ön havi bruttó jövedelme **58.000 Ft-nál kevesebb**, akkor a **2008.** évi tagdíj **2.500.-Ft**, ha **58.000-108.000.-Ft között** van, akkor **3.000.-Ft** ha pedig **108.000.-Ft feletti** bruttóval rendelkezik, akkor a tagdíj **4.000.-Ft**.

Az összegek a tagsággal kötelezően előfizetendő újság kedvezményes díját is tartalmazzák.

**Számlaszám: OTP 11702036-20526324**

A felvételi nyilatkozatot kérjük vagy személyesen vagy postai úton juttassa el az ORFMMT Titkárságára (1528 Budapest, Szanatórium u. 19.). Amennyiben csekket kér, kérjük azt is jelezze.