



**VIZSGALEMONDÁSI
KÉRELEM**

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.
 E-mail: dexam@foh.unideb.hu
 Telefon: (42) 598-259
 (20) 331 75 19
 Honlap: foh.unideb.hu

A VIZSGAHELYRE KÉRJÜK ELJUTTATNI!

Vizsgaadatok

A vizsgázó azonosító kódja:

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

A vizsgadíj befizetésének dátuma:évhó nap

Személyes adatok

Vezetéknév: Utónév:

Születési idő:év hó nap

Születési hely: település ország

Adószám:

A lemondani kívánt vizsga típusa

Írásbeli Szóbeli Komplex

A vizsgadíjat az alábbi bankszámlaszámra kérem átutalni

A bank neve:

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

A vizsgadíjat az alábbi postacímre kérem küldeni

irányítószám település

..... utca/tér házszám, em., ajtó

A vizsgalemondási kérelem rövid indoklása

.....

.....

.....

Felhívjuk a Tisztelt Vizsgázó figyelmét, hogy a visszautalt összeget a mindenkori átutalási, illetve postaköltség terheli.

Dátum:

.....
 a kérelmező aláírása