



JELENTKEZÉSI LAP

Vizsgára felkészítő fülakupunktúras képzésre

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési dátum:

Lakcím:

Telefon:

E-mail:

Szakképzettsége:

Rövid bemutatkozás:

Budapest, _____

.....
aláírás

További információk:

Dr. Szamosi Katalin +36 30 9623219

Levelezési cím:

tanulmanyi2012@gmail.com