…….

(miejscowość, data)

Imię i nazwisko……

…….

Pesel ……

Adres……

…….

tel. ……...

e-mail ……..

Nr PWZ……

Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
- Państwowego Instytutu Badawczego

OŚWIADCZENIE

O REZYGNACJI Z ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż z dniem…….……**rezygnuję z odbywania** szkolenia specjalizacyjnego **w dziedzinie fizjoterapii.**

Miejsce odbywania specjalizacji: Klinika Rehabilitacji Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego

Nr karty szkolenia specjalizacyjnego: ……..

……
(podpis i pieczątka zainteresowanego)

……
(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji