

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko

.....

Pesel

Adres

.....

tel.

e-mail

OŚWIADCZENIE

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

w trybie.....

(rezydenckim, pozarezydenckim)

Miejsce odbywania specjalizacji:.....

Nr karty szkolenia specjalizacyjnego:.....

W załączeniu karta szkolenia specjalizacyjnego.*

.....

(podpis i pieczęć zainteresowanego)

*** DOTYCZY LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW POSIADAJĄCYCH PAPIEROWĄ
KARTĘ SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO.**