

.....
(miejsowość, data)

Imię i nazwisko.....

.....

Pesel

Adres.....

.....

tel.

e-mail

Minister Obrony Narodowej

**(za pośrednictwem Dyrektora Departamentu
Wojskowej Służby Zdrowia)**

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

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

.....

Miejsce odbywania specjalizacji:

Nr karty szkolenia specjalizacyjnego:

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)