

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres korespondencyjny

.....
Numer kontaktowy

Akademia Zdrowia Izabela Łajs
filia: Kielce
Al. IX Wieków Kielc 8/24
25-516 Kielce

Rezygnacja ze specjalizacji

Uprzejmie informuję, że rezygnuję z odbywania specjalizacji komercyjnej/Ministerialnej¹ w dziedzinie pielęgniarstwa, z powodu

.....
Podpis osoby składającej rezygnację

¹ niepotrzebne skreślić