

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres

.....
Nr telefonu

.....
Adres e-mail

Dyrektor
Wydziału Zdrowia
Wielkopolskiego Urzędu
Wojewódzkiego
w Poznaniu

Oświadczenie o rezygnacji z rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego

Oświadczam, że rezygnuję z rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

.....
Proszę o skreślenie mnie z rejestru lekarzy odbywających specjalizację na terenie województwa wielkopolskiego.

.....
(Podpis Wnioskodawcy)