

Łódź, dnia

.....
(Imię i nazwisko Praktykanta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przed rozpoczęciem praktyk zapoznałam/em się z Regulaminem praktyk studenckich/zawodowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

.....
(Podpis Praktykanta)