

Warszawa dn.

Polskie Towarzystwo Lekarskie
Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej
Ul. Hoża 5/7 m. 75
00-528 Warszawa

OŚWIADCZENIE

Imię i Nazwisko:.....

Nr dow. osobistego/paszportu:

Adres zamieszkania:

Niniejszym oświadczam, że w przypadku zrezygnowania z zajęć w Podyplomowej Szkole Medycyny Estetycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (SzME PTL) nie będę wysuwał(a) jakichkolwiek roszczeń z tytułu wpłaconej należności za zajęcia w SzME PTL.

.....

(czytelny podpis)