



Warszawa dn.

Polskie Towarzystwo Lekarskie
Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej
Ul. Gilarska 10/1
03-589 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 nie będę wysuwał(a) jakichkolwiek roszczeń z tytułu wpłaconej należności za zajęcia.

.....

(czytelny podpis)