

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres korespondencyjny)

.....
(numer telefonu)

VITAL- MED Sp. z o.o.
ul. Niepodległości 59
37-200 Przeworsk

REZYGNACJA Z ODBYWANIA SPECJALIZACJI

Z dniem rezygnuję z odbywania specjalizacji *ministerialnej/*
*komercyjnej*¹ w dziedzinie pielęgniarstwa
realizowanej w województwie z powodu
.....
i tym samym wnoszę o rozwiązanie umowy nr
z dnia²

.....
(czytelny podpis)

¹ niepotrzebne skreślić

² wypełnić w przypadku odbywania specjalizacji komercyjnej