……………………………………………………… …………………………………………………

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

………………………………………………………

………………………………………………………

(adres korespondencyjny)

………………………………………………………

(numer telefonu)

**VITAL- MED Sp. z o.o.**

**ul. Niepodległości 59**

**37-200 Przeworsk**

REZYGNACJA Z ODBYWANIA KURSU

Z dniem ……………………………. rezygnuję z odbywania kursu *specjalistycznego/kwalifikacyjnego* 1 ………………………………………………………………………………….. realizowanego w województwie ……………………………………………… z powodu

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. *i tym samym wnoszę o rozwiązanie umowy nr …………………………………………… z dnia ……………………………….. 2*

………………………………………………………

(czytelny podpis)

1 niepotrzebne skreślić

2 wypełnić w przypadku odbywania specjalizacji komercyjnej

**Adres do korespondencji: VITAL- MED Sp. z o.o., ul. Zygmunta Starego 6, 44-100 Gliwice**