

Ciechanów, dn.

.....(Nazwisko i imię).....

.....(stanowisko).....

**OŚWIADCZENIE PRAKTYKANTA O ZAPOZNANIU SIĘ
Z REGULAMINEM PRAKTYK**

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że w dniu dzisiejszym zostałam/tem zapoznana/ny z regulaminem praktyk zawodowych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....podpis.....