

Rezygnacja z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”.

.....
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”.

Powodem mojej rezygnacji jest:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* niepotrzebne skreślić



MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY

	Płock	Oddział Warszawa	Oddział Radom
Tel:	24 262 87 48	22 560 00 40	48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl
	NIP: 774-15-46-233	REGON 000301569	KRS 0000139991