

.....

.....
(Nazwisko i imię)

.....

.....
(Adres)

.....
(Miejscowość, data)

Prodziekan Oddziału Kształcenia Podyplomowego

.....

REZYGNACJA ZE SPECJALIZACJI

Uprzejmie informuję, że rezygnuję z odbywania specjalizacji podstawowej/ uzupełniającej w farmacji aptecznej (SP-.....) / (SU-.....) z powodów

.....

.....
(Data i podpis)

.....
(Podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....
(Podpis i pieczętka
Prodziekana Oddziału Kształcenia Podyplomowego)