

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:

Niniejszym oświadczam, że w przypadku zrezygnowania z zajęć w Podyplomowej Szkole Medycyny Estetycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w roku akademickim, nie będę wysuwał(a) jakichkolwiek roszczeń z tytułu wpłaconej należności za zajęcia w Szkole.

Warszawa, dnia

.....

(czytelny podpis)