

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....

.....
Adres do korespondencji

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że pokryję koszty ewentualnego profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego w przypadku styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) w trakcie wykonywania czynności zgodnie z programem:

studentkich praktyk zawodowych / praktycznej nauki zawodu / szkolenia praktycznego*

w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.

.....
Podpis studenta / ucznia

***niepotrzebne skreślić**