

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PWZ

.....
adres

.....
telefon

.....
e-mail

**Wojewoda Pomorski
Pomorski Urząd Wojewódzki
ul. Okopowa 21/27
80-810 Gdańsk**

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO
(specjalizacja rozpoczęta)**

Oświadczam, że z dniem..... złożyłem/złożyłam rezygnację

w(pełna nazwa jednostki

szkolącej) gdyż rezygnuję z odbywania specjalizacji w dziedzinie

i tym samym zaprzestaję odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Proszę o wykreślenie mnie z rejestru

farmaceutów odbywających szkolenie specjalizacyjne na terenie województwa

pomorskiego.

.....
(podpis i pieczęć wnioskodawcy)