

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

.....

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 praktyki w ramach przeszkolenia w Szpitalu Bielańskim w Warszawie.

.....

data i podpis studenta/praktykanta