

.....
(nazwisko i imię studenta)

.....
(wydział, rok studiów)

.....
(numer albumu)

O Ś W I A D C Z E N I E

Deklaruję uczestnictwo w obozie naukowym organizowanym w
(miejsce obozu)

w dniach
(dokładny czas trwania obozu)

W przypadku mojej rezygnacji z uczestnictwa w ww. obozie, z przyczyn innych niż choroba lub sytuacja losowa, zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny w związku z dofinansowaniem przyznanym uczestnikom obozu naukowo - szkoleniowego.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(podpis studenta)