

..... dn, r.

OŚWIADCZENIE DYREKTORA PODMIOTU LECZNICZEGO

Oświadczam, że wyrażam zgodę na prowadzenie przez Pana(-ią)
..... kształcenia praktycznego studiów licencjackich
/magisterskich na kierunku Państwowej
Akademii Nauk Stosowanych w Chełmie w roku akademickim 2025/2026 w formie zajęć
praktycznych realizowanych w
(miejsce wykonywania pracy)

.....

podpis Dyrektora