

**Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych z/s w Pile**

O Ś W I A D C Z E N I E *

Ja, niżej podpisana/yoświadczam, że koszty kursu.....
(imię i nazwisko) (nazwa kursu)

zostały poniesione;

- samodzielnie w kwocie.....zł,
- przez zakład pracy w kwocie.....zł,
- przez inne źródła (np. firmy współpracujące) w kwocie.....zł.

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej i zawodowej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.

Piła, dn.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

oświadczenie należy złożyć po zakończeniu kursu, łącznie z zaświadczeniem o ukończeniu kursu

**Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych z/s w Pile**

O Ś W I A D C Z E N I E *

Ja, niżej podpisana/yoświadczam, że koszty kursu.....
(imię i nazwisko) (nazwa kursu)

zostały poniesione;

- samodzielnie w kwocie.....zł,
- przez zakład pracy w kwocie.....zł,
- przez inne źródła (np. firmy współpracujące) w kwocie.....zł.

Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej i zawodowej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.

Piła, dn.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

** oświadczenie należy złożyć po zakończeniu kursu, łącznie z zaświadczeniem o ukończeniu kursu*