

....., dnia..... r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(telefon)

ZOBOWIĄZANIE FINANSOWE

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrycia kosztów kursu kwalifikacyjnego/
szkolenia specjalizacyjnego/ kursu specjalistycznego/ kursu doształcającego* w dziedzinie
.....
edycja..... organizowanego przez firmę SERVMED w kwocie.....zł.

Z poważaniem,

.....

* Niepotrzebne skreślić