

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Studiów Podyplomowych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Zobowiązuję się do terminowego wnoszenia opłat związanych ze świadczeniem przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu usług edukacyjnych w zakresie Studiów Podyplomowych.....

.....

Podpis

Poznań, dnia