|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Miejscowość, data……………………………………… |
| Nazwa Organizatora kształcenia: | ……………………………………………………………………… |  |
|  | ……………………………………………………………………… |  |
| Adres siedziby: | ……………………………………………………………………… |  |
|  | ……………………………………………………………………… |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapewniam środki dydaktyczne określone w poszczególnych modułach obowiązującego programu kształcenia zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia:

|  |
| --- |
| Rodzaj kształcenia[[1]](#footnote-1): |
| szkolenie specjalizacyjne |
| kurs kwalifikacyjny |
| kurs specjalistyczny |
| Nazwa szkolenia/kursu: ……………………………………………………………………………. |
| …………………………………………………………………………………………………………  System kształcenia1: |
| stacjonarny |
| niestacjonarny |
|  |

|  |
| --- |
| ……………………………………….…… |
| podpis i pieczęć Organizatora Kształcenia |

1. Należy wstawić X we właściwe pole [↑](#footnote-ref-1)