



Załącznik nr 2

do Regulaminu Studenckiego Koła Naukowego Ratownictwa Medycznego

Łomża, dnia.....

POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z REGULAMINEM SKN

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

W dniu zostałam/łem zapoznana/ny z Regulaminem Studenckiego Koła Naukowego Ratownictwa Medycznego Wyższej Szkoły Zawodowej Ochrony Zdrowia TWP w Łomży.

.....
(czytelny podpis Studenta)