

.....
(miejsowość , data)

Imię Nazwisko/Firma: _____

Adres: _____

PESEL/NIP: _____

OŚWIADCZENIE

Składając wniosek o akredytację kursu/miejsca szkoleniowego do Komisji Akredytacyjnej Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje we wniosku są prawdziwe . Jednocześnie wyrażam zgodę na zweryfikowanie podanych przeze mnie treści.

(podpis)