Wzór - POL

**Oświadczenie o znajomości języka**

Ja niżej podpisana/y

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(czytelnie: imię i nazwisko stypendysty)

niniejszym oświadczam, że swobodnie posługuję się w kontakcie z pacjentami:

□ językiem polskim

□ językiem angielskim

……………………………………… …………………………………………………………………..

data podpis stypendysty