

Warszawa, dn.....r.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Klinika/Zakład

Oświadczenie o afiliacji

Oświadczam jako autor/ka/redaktor/ka pracy:

.....
.....
że jest to praca przypisana do dorobku CMKP.

.....
podpis

all .

H