



Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

*ul. Mickiewicza 29, 40-085 Katowice
tel. (32) 207 27 00, fax (32) 207 27 05*

www.swsm.pl

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany
oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam* się z Procedurą Zgłoszeń
Wewnętrznych i Podejmowania Działań Następczych w Śląskiej Wyższej Szkole
Medycznej w Katowicach

.....
data oraz czytelny podpis