

Kalisz, dnia.....



Akademia Kaliska
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego
Instytut - Centrum Doskonałości Badań Kół Zębatych



REGULAMIN BHP - OŚWIADCZENIE

Imię i Nazwisko:

Nr albumu:

Kierunek:

Specjalność:

Rodzaj i tryb studiów:

Oświadczam, że zapoznałem/(-am)* się z treścią regulaminu BHP laboratoriów pomiarowo-badawczych w I-CDBKZ Akademii Kaliskiej oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(podpis studenta)

* Niepotrzebne skreślić.
