



BYDGOSKA SZKOŁA WYŻSZA

ul. Unii Lubelskiej 4C
85-059 Bydgoszcz
www.bsw.edu.pl

tel. 52 584 11 43
fax. 52 584 11 47
uczelnia@bsw.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Tryb studiów

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na czynne uczestnictwo (z moim osobistym udziałem) w ćwiczeniach z anatomii (metoda palpacyjna), terapii manualnej, masażu, kinezyterapii i fizykoterapii przeprowadzanych na kierunku fizjoterapia w celu nabycia podstawowych i profesjonalnych umiejętności zawodowych.

.....
Podpis