

.....
(imię i nazwisko)

Warszawa, dnia.....

.....
(adres)

.....
(telefon/email)

Warszawskie Hospicjum Społeczne
Pl. Inwalidów 10 lok. 73
01-552 Warszawa

Rezygnacja

Ja niżej podpisana/podpisany, informuję że z dniem.....rezygnuję z porozumienia w sprawie wolontariatu podpisanego dnia..... z Warszawskim Hospicjum Społecznym.

.....

podpis