

Warszawa, dniar.

imię i nazwisko:

dokładny adres
do korespondencji:

.....

telefon:

nr indeksu: semestr:

grupa:

adres e-mail:

PODANIE

do **Rektora**

Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Warszawie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zobowiązuję się do zapoznania z decyzją Rektora UM MSC.

.....
czytelny podpis

DECYZJA REKTORA:

.....
(data, podpis Rektora)