Warszawa, dnia ..... r.

imię i nazwisko: .....

dokładny adres
do korespondencji: .....

.....

telefon: .....

kierunek: …….

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)