........................................................

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

........................................................

*Nr albumu*

|  |
| --- |
| Podanie złożone dn. .................................. |

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

........................................................

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan ds. Nauki i Kształcenia - Kierownik Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

***prof. dr hab. n.med. Monika Łukomska-Szymańska***

## PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o ...................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

………………………………………

*Podpis studenta*

**Decyzja Prodziekana**

.......................................................................................................................................................

...................................................................

*Data, podpis Prodziekana*