



To be filled by the Dean's Office
Received /
Otrzymano.....
Signature /
Podpis.....

Name and Surname.....

Imię i nazwisko

Łódź, date / dnia.....

Student ID number.....

Nr albumu

Program.....

Kierunek

Year of Studies.....

Rok studiów

Phone number

Numer telefonu

Mailing address.....

Adres do korespondencji

Prof. Sebastian Kłosek, MD, DMD, PhD
Vice-Dean for Studies in English
Faculty of Medicine
Prof. Sebastian Kłosek
Prodziekan Wydziału Lekarskiego ds. Studiów
w Języku Angielskim

REQUEST
PODANIE

I respectfully request:

Zwracam się z uprzejmą prośbą o:

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

.....
Student's signature/*Podpis studenta*

Vice-Dean's decision/Decyzja Prodziekana

.....

.....
Date, signature of the Vice-Dean/*Data, podpis Prodziekana*