



MAZOWIECKA UCZELNIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

Wydział Nauk Medycznych

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek - tryb studiów

..... / /
semestr - grupa nr albumu

.....
adres

.....

.....
adres e-mail (czytelnie)

.....
telefon

Warszawa, dnia

Wpłynęło dnia

Nr rejestru

Podpis przyjmującego

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
Mazowieckiej Uczelni Medycznej w Warszawie
dr n. med. prof. MUM Zbigniew Jan Piorożek

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wpis warunkowy na semestr

z przedmiotu: 1)

prowadzonego przez:

z przedmiotu: 2)

prowadzonego przez:

Uzasadnienie prośby

.....

.....
(podpis studenta)

DECYZJA

.....

.....

.....
(data i podpis)

Uwaga !!!

Podanie o wpis warunkowy należy złożyć z uzupełnionymi wpisami w indeksie i okazać dowód uiszczenia opłaty za warunek(i) !!!

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie

ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

Dziekanat 662- 215-628 dziekanat@mum.edu.pl Kwestura 662-215-734 kwestura@mum.edu.pl

www.mum.edu.pl