



Wyższa Szkoła Mazowiecka
Wydział Nauk Medycznych
Fizjoterapia

Warszawa, dnia r.

Wpłynęło dnia

Nr rejestru

Podpis przyjmującego

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek - tryb studiów

.....
semestr - nr albumu

.....
adres

.....
telefon

.....
adres email (czytelnie)

Do Kanclerza

Wyższej Szkoły Mazowieckiej
Mgr Jarosław Gerard Podolski

Zwracam się z prośbą

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

Uzasadnienie prośby

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

.....
podpis studenta

Decyzja Kanclerza

.....
.....

.....
data i podpis

Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie

Al. Jerozolimskie 65/79 00-697 Warszawa

Dzianat 22 262 09 02 - 04 mail: dziekanat@wsmw.edu.pl, Kwestura 22 262 09 03 mail: kwestura@wsmw.edu.pl