



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 Rektora
Wyższej Szkoły Mazowieckiej w Warszawie
Dr Waldemar Dębski

Zwracam się z prośbą

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

Uzasadnienie prośby

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

.....
podpis studenta

Decyzja Rektora

.....
.....

.....
data i podpis