



Wyższa Szkoła Mazowiecka Wydział Nauk Medycznych Kierunek Fizjoterapia

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek – tryb studiów

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

.....
adres

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

.....
telefon

Wpłynęło dnia

Nr rejestru

Podpis przyjmującego

**Do Dziekana
Wydziału Nauk Medycznych
Wyższej Szkoły Mazowieckiej w Warszawie**
dr hab. n. med. Jerzy Kotowicz

Zwracam się z prośbą

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

Uzasadnienie prośby

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

.....
podpis studenta

Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie

Al. Jerozolimskie 65/79 00-697 Warszawa

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