



Wyższa Szkoła Mazowiecka  
Wydział Nauk Medycznych  
Kierunek Fizjoterapia

Warszawa, dnia .....

Wpłynęło dnia .....

Nr rejestru .....

Podpis przyjmującego .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
kierunek – tryb studiów

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

.....  
adres

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

.....  
telefon

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

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

**Uwaga !!!**

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

**Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie**

Al. Jerozolimskie 65/79 00-697 Warszawa

Dzianat 22 262 09 02-04 [dzianat@wsmw.edu.pl](mailto:dzianat@wsmw.edu.pl), Kwestura 22 262 09 03 [kwestura@wsmw.edu.pl](mailto:kwestura@wsmw.edu.pl)