

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres do korespondencji/TELEFON/e-mail)

**SZ.P. Kwestor
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
mgr Małgorzata Ochman**

PODANIE* O ZWROT KOSZTÓW PONIESIONYCH ZA NIEODBYTY KURS

Uprzejmie proszę o zwrot kwoty w wysokości zł.
stanowiącej opłatę za kurs.

pt.: „.....”

.....”
z powodu

.....
Proszę o przekazanie w/w kwoty na numer konta:

.....
(Data i podpis)

*Do podania należy dołączyć potwierdzenie opłaty za kurs . Dokumenty należy wysłać na:

Oddział Kształcenia Podyplomowego UM w Łodzi; ul. Muszyńskiego 1; 90-151 Łódź