

.....  
miejsowość i data

.....

nazwisko i imię

.....

.....  
adres do korespondencji/telefon/e-mail

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego  
ds. Oddziału Kształcenia Podyplomowego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Prof. dr hab. n. farm. Andrzej Stańczak**

### PODANIE O PRZEDŁUŻENIE/SKRÓCENIE\* SPECJALIZACJI

Uprzejmie proszę o przedłużenie/skrócenie\* specjalizacji z .....

tryb podstawowy/uzupełniający\* o okres.....

z powodu:.....

.....  
(data i podpis os. specjalizującej się)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka  
Prodziekana Wydziału Farmaceutycznego  
ds. Oddziału Kształcenia Podyplomowego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Prof. dr hab. n. farm. Andrzej Stańczak)

.....  
(podpis i pieczętka konsultanta wojewódzkiego ze względu na miejsce stażu  
podstawowego w dziedzinie.....)

\*niepotrzebne skreślić

**Do podania należy dołączyć kartę specjalizacyjną z pieczętką i podpisem kierownika specjalizacji na stronie 3 w pkt. 14 i 15.  
Uzasadnienie wpisuje BOKPWF.**