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

(Miejscowość, data)

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

 (Nazwisko i imię)

.......................................... ……………

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

 ( Adres, telefon)

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

REZYGNACJA ZE STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

„ ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ”

Uprzejmie informuję, że rezygnuję z ww. studiów podyplomowych prowadzonych na Wydziale

Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z powodu:

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

................ …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………........

(Podpis słuchacza)

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

(Podpis i pieczątka

Dziekana Wydziału Farmaceutycznego

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)