



.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
.....  
.....  
(Adres do korespondencji/ nr tel., e-mail)

Sz. P. Kwestor

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

mgr Małgorzata Ochman

### PODANIE O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW ZA NIEODBYTY KURS

Uprzejmie proszę o zwrot kwoty w wysokości .....zł, stanowiącej opłatę za kurs pt. „.....”

z powodu .....

Proszę o przekazanie ww. kwoty na numer konta:  
.....

.....  
(Data i podpis)

**Do podania należy dołączyć potwierdzenie opłaty za kurs.**

**Dokumenty należy wysłać na adres: Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,  
ul. Muszyńskiego 1, 90-151 Łódź**

Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

90-151 Łódź | ul. Muszyńskiego 1  
tel. (042) 677 91 02, 677 93 05 | fax. (042) 677 91 03  
www.okp.umed.pl