



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI

.....
(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 – STUDIA PODYPLOMOWE

Uprzejmie proszę o zwrot kwoty w wysokościzł, stanowiącej opłatę za studia podyplomowe „.....

....., z powodu

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

.....
(Data i podpis)

Do podania należy dołączyć potwierdzenie opłaty.

**Dokumenty należy wysłać na adres: Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
ul. Narutowicza 60, 90-136 Łódź**

Centrum Kształcenia Podyplomowego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

90-136 Łódź | ul. Narutowicza 60
tel. (042) 272 53 21/22/23/24/25
www.okp.umed.pl

CKP...
CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO