

.....
(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 wysokościzł, stanowiącej opłatę za

kurs: „.....

.....” 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**