

Poznań, dn.....

Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Bukowska 70

**WNIOSEK
o wydanie zaświadczenia**

Proszę o wydanie zaświadczenia o ukończeniu i programowym czasie trwania studiów / przebiegu studiów / wyniku studiów *, które realizowałem/am na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu celem przedłożenia ww. dokumentu w:

.....
(nazwa instytucji)

Dane osobowe:

Imię/Imiona:

Nazwisko (obecne):

Nazwisko (z okresu studiów):

Kierunek:

Lata studiów (rozpoczęcie i zakończenie):

Numer dyplomu:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres do korespondencji:

.....

Zaświadczenie odbiorę osobiście/ proszę wysłać scan na podany adres e-mail/proszę wysłać na podany adres korespondencyjny.*

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić