

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko specjalizującego)

Specjalizacja:

Data rozpoczęcia specjalizacji:

Data zakończenia specjalizacji:

Nazwa jednostki kształcącej:

PEŁNOMOCNIK REKTORA
ds. specjalizacji dla diagnostów

.....
.....
(danej jednostki kształcącej osoby specjalizującej się)

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na mój udział w kursie:

.....
(nazwa kursu)

organizowanym przez Oddział Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w dniu/dniach:

(data kursu)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojego podania.

.....
(podpis osoby specjalizującej się)

Wyrażam zgodę z dniem.....

.....
(pieczęć i podpis pełnomocnika rektora)