

Łódź, dnia .....r.

.....  
(imie i nazwisko doktoranta)

.....  
(adres zameldowania)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(tryb studiów)

**Do Kierownika  
Studium Doktoranckiego  
ds. studiów doktoranckich  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

## **P O D A N I E**

Zwracam się z prośbą o skreślenie z listy uczestników studiów doktoranckich.

.....  
(podpis doktoranta)