

.....
(pieczęć Instytutu Nauk Medycznych)

Nazwisko i imię

Numer albumu

Kierunek studiów

Poziom kształcenia: studia I stopnia / studia II stopnia *

Numer telefonu

K A R T A O B I E G O W A

Zaświadcza się, że wyżej wymieniony Student / Studentka* nie ma żadnych zobowiązań wobec jednostek wymienionych na karcie obiegowej.

Nazwa jednostki	Data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej
Biblioteka Główna ul. Pocztowa 54	
Dział Świadczeń dla Studentów ul. Pocztowa 54	
Dział Kwestury ul. Pocztowa 54	
Dom Studencki ul. Nowy Świat 3	
Opiekun Zajęć Praktycznych i Praktyk Zawodowych ul. Wojsławicka 8b	
Dział Obsługi Studenta Instytutu Nauk Medycznych ul. Wojsławicka 8 b	

*niepotrzebne skreślić