

Lublin, dnia

.....
Imię Nazwisko

.....
Adres

.....
Telefon kontaktowy

.....
Numer rekrutacyjny

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Al. Raławickie 1
20-059 Lublin

W związku z rezygnacją ze studiów niestacjonarnych:

*jednolitych studiów magisterskich / drugiego stopnia

*na kierunku: lekarskim / lekarsko-dentystycznym / pielęgniarstwo / położnictwo,

zwracam się z uprzejmą prośbą o zwrot wpłaconego czesnego w kwocie: PLN

(słownie:).

Pieniądze proszę przekazać na rachunek:

.....
Dane osobowe osoby, do której należy ww. rachunek:

.....
Czytelny podpis

Załącznik: dowód wpłaty

* - niepotrzebne skreślić