

# WSKINOZ

WYŻSZA SZKOŁA KOSMETYKI  
I NAUK O ZDROWIU  
W ŁODZI

Łódź, dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko studenta / absolwenta)

.....  
(Numer albumu)

.....  
(Adres)

.....  
(System studiów)

.....  
(Numer telefonu kontaktowego)

**Rektor Wyższej Szkoły Kosmetyki  
i Nauk o Zdrowiu w Łodzi  
dr n. chem. Katarzyna Bujnicka**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o sporządzenie i wydanie odpisu DYPLOMU ukończenia studiów oraz SUPLEMENTU do dyplomu w tłumaczeniu na język angielski.

.....  
(własnoręczny podpis)

Potwierdzam odbiór odpisu dyplomu oraz suplementu.

Łódź, dnia ....., .....  
(własnoręczny, czytelny podpis)

\* maksymalnie 3 egzemplarze

