

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 med. Małgorzata Berner-Rutkowska**

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

