

## ZMIANA TOKU STUDIÓW

Łódź, dn. ....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Numer albumu)

.....  
(Semestr nauki)

.....  
(Rodzaj studiów)

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

### Podanie o zmianę toku studiów

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zmianę trybu studiów z .....  
na ..... od dnia.....

Powód: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(Podpis studenta)