

ZMIANA TRYBU STUDIÓW

Łódź, dn.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Numer albumu)

.....
(Semestr nauki)

.....
(Rodzaj studiów)

Rektor Wyższej Szkoły Kosmetyki i Nauk
o Zdrowiu w Łodzi
dr n med. Małgorzata Berner-Rutkowska

Podanie o zmianę trybu studiów

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

Powód:
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(Podpis studenta)