........................................................

*Imię i nazwisko studenta* Łódź, dnia.....................................

........................................................

*Nr albumu*

…………………………………….

*Wydział / kierunek*

........................................................

*Rok studiów / rodzaj studiów ( st. / nst. )*

…………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**ds. Oddziału Medycyny Laboratoryjnej**

**dr hab. n.med. Joanna Sikora prof. uczelni**

## PODANIE O EGZAMIN KOMISYJNY

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na egzamin komisyjny z przedmiotu:

.......................................................................................................................................................

**Uzasadnienie:**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

………………………………………

*Podpis studenta*

**Decyzja Prodziekana**

.......................................................................................................................................................

.............................................................

*Data, podpis Prodziekana*