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

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

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

*Nr albumu*

…………………………………………….

*Wydział / kierunek*

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

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

………………………………….

*Telefon kontaktowy*

**Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**ds. Kierunku Farmacja**

**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

  *Nazwa wydziału*

 **Dr hab. prof. UM Bogusława Pietrzak**

 *tyt./stop. naukowy, nazwisko i imię*

## 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*