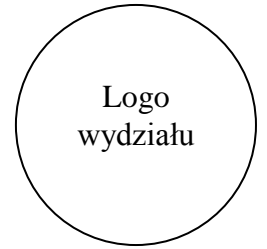




WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Nazwa wydziału

Kierunek: Rok akademicki:/.....
Specjalność:
Studia*:

Student/tka: Nr albumu:.....
imię (imiona) i nazwisko

KARTA OBIEGOWA

Student/tka nie posiada zobowiązań wobec poniższych jednostek organizacyjnych Uczelni (przy potwierdzeniu, wymagana **data, pieczętka i podpis**):

1. Biblioteka Główna WUM
 - a) Czytelnia Czasopism
 - b) Czytelnia Główna
 - c) Wypożyczalnia
2. Biblioteka Wydziałowa
3. Dział Obsługi Studentów
4. Dom Studenta nr 1
5. Dom Studenta nr 2
6. Dom Studenta nr 2 „bis”
7.
8.