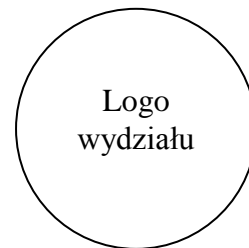




WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Nazwa wydziału

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

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTÓW

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

odebrał/a następujące dokumenty:

Lp.	Nazwa dokumentu	Data odbioru	Podpis studenta / tki	Podpis i pieczęć osoby uprawnionej
1.	świadectwo dojrzałości (oryginał / urzędowy odpis**)			
2.	indeks			
3.	dplom ukończenia studiów nr			
4.	suplement do dyplomu			
5.	dwa odpisy dyplomu			
6.	odpis dyplomu w języku			
7.	odpis suplementu do dyplomu w języku angielskim			
8.				
9.				

m.p.

* stacjonarne / niestacjonarne, jednolite mgr / I stopnia / II stopnia

** niepotrzebne skreślić