

**REZYGNACJA Z KSZTAŁCENIA W SZKOLE DOKTORSKIEJ**

Łódź, dnia ..... r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(pesel)

.....  
(telefon)

.....  
(Nr legitymacji/rok rozpoczęcia studiów)

Centrum Obsługi Doktorantów  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Informuję, iż z dniem ..... r. rezygnuję z kształcenia w Szkole  
Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Jednocześnie zwracam legitymację doktoranta o numerze .....

.....  
*Podpis doktoranta*

**WYPEŁNIA Centrum Obsługi Doktorantów**

**Podanie złożono dn. ....**

**Podpis przyjmującego .....**