|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Łódź, |  |
|  |  | data / date |
|  |  |  | Centrum Obsługi DoktorantówUniwersytetu Medycznego w Łodzi/ Office of the Doctoral School at the Medical University of Lodz |

PODANIE O ZMIANĘ DANYCH OSOBOWYCH

PERSONAL DATA CHANGE REQUEST FORM

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE / PERSONAL DATA** |
| Imię i nazwiskoName and surname |  |
| Nazwa Szkoły DoktorskiejName of Doctoral School |  |
| PESELID Number |  |
| Numer albumuStudent’s ID number |  |
| Numer telefonuPhone number |  |

|  |
| --- |
| Zwracam się z prośbą o zmianę moich danych osobowych[[1]](#footnote-1)/Please update my personal data regarding□ **zmiana nazwiska/my surname**[[2]](#footnote-2) Z / former surname …………………………………………………………………………………………………………………………. Na / current surname …………………………………………………………………………………………………….………….........□ **zmiana adresu zamieszkania/my address** Z / former adrdress…………………………………………………………………………………………………………………………… Na / current address………………………………………………………………………………………………………………………….□ **zmiana adresu do korespondencji/address for correspondence** Z / former address ………………………………………………………………………………………………………………………….. Na/ current address………………………………………………………………………………………………………………………….□ **inne dane/ other** ………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| data złożenie pisma i podpis pracownika CODdate of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk |  |
|  | czytelny podpis Doktorantalegible Doctoral student signature |

1. Proszę zaznaczyć właściwe./Check all that apply. [↑](#footnote-ref-1)
2. Podstawę do zmiany nazwiska stanowi okazanie dowodu osobistego lub aktu małżeństwa/ The basis for changing your name is to present your ID card or marriage certificate [↑](#footnote-ref-2)