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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Łódź, |  |
|  |  | data / date |
|  |  |  | Centrum Obsługi Doktorantów  Uniwersytetu 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 nazwisko  Name and surname |  |
| Nazwa Szkoły Doktorskiej  Name of Doctoral School |  |
| PESEL  ID Number |  |
| Numer albumu  Student’s ID number |  |
| Numer telefonu  Phone 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 COD  date of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk |  |
|  | czytelny podpis Doktoranta  legible 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)