|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Łódź, ………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Centrum Obsługi Doktorantów  Uniwersytetu Medycznego w Łodzi/ Office of the Doctoral School at the Medical University of Lodz |

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ELEKTRONICZNEJ LEGITYMACJI DOKTORANTA**

REQUEST FOR A COPY OF ELECTRONIC DOCTORAL STUDENT’S ID

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE / PERSONAL DATA** | |
| Imię i nazwisko  Name and surname |  |
| Nazwa Szkoły Doktorskiej  Name of Doctoral School |  |
| Numer albumu  Student’s ID number |  |

Uprzejmie proszę o wydanie duplikatu Elektronicznej Legitymacji Doktoranta.

I would like to ask for a duplicate of Electronic Doctoral Student ID Card.

Uzasadnienie:

(np. zmiana danych osobowych, zagubienie-kradzież, w przypadku zagubienia/kradzieży podać

okoliczności, datę oraz miejsce utraty).

Explanation:

(please describe: personal data change, ID card was lost or stolen, in the case of which include the circumstances, date and place of the incident).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzenie zdania legitymacji dotychczas używanej.  Confirmation of passing the ID card previously used. |  |
| pieczątka i podpis pracownika Centrum Obsługi Doktorantów  stamp and signature of Doctoral School Office clerk | czytelny podpis Doktoranta  legible Doctoral student signature |