



Łódź, dnia

.....
Nazwisko i imię

.....
wydział, rok studiów, stopień

Student Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – tak nie
(odpowiednie zaznaczyć)

Proszę o wyrażenie zgody na zakwaterowanie w Domu Studenckim
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w wakacje roku akademickiego 20...../20.....:

Lipiec od do

Sierpień od do

Wrzesień od do 25

Praktyka studencka – tak nie
odpowiednie zaznaczyć

Działalność na rzecz uczelni - tak nie
Rada Mieszkańców, SS, ZSP, NZS, IFMSA, inne

.....
(podpis)

.....
Wypełniają wyłącznie – stażyści, rezydenci, absolwenci, studenci innych uczelni, inni

.....
.....
.....
.....

(dokładny adres zamieszkania)

.....
(podpis)