Warszawa, dn. ……

Student/studentka

……
(imię/ imiona i nazwisko)

……
(nr albumu)

……
(kierunek studiów)

- - - - - - - - - - -

……
(specjalność)

……
(tryb i poziom studiów: stacjonarne / niestacjonarne , jednolite mgr / I stopnia / II stopnia)

……
(rok immatrykulacji)

Wniosek złożony dn. ……

Nr ewidencyjny:……

……

……

Wydział Farmaceutyczny

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wydanie mi *:

1. **odpisu dyplomu** ukończenia studiów **w tłumaczeniu na język:**

   angielski, francuski, hiszpański, niemiecki, rosyjski *.

2. **odpisu suplementu do dyplomu** w tłumaczeniu na **język angielski.**

……
podpis studenta/ studentki

** Niepotrzebne skreślić.*