Poznań, dnia …….

Imię i Nazwisko .....

Wydział ……...

Kierunek ……..

Forma.....

Semestr.....

Numer albumu.....

Numer telefonu……

Adres email …….

Założyciel Kanclerz

…….....

OŚWIADCZENIE O ROZWIĄZANIU UMOWY O NAUKĘ – Z ZACHOWANIEM OKRESU WYPOWIEDZENIA

Działając w imieniu własnym, niniejszym rozwiązuję umowy o naukę o nr ……. z dnia ……., z zachowaniem obowiązującego okresu wypowiedzenia.

Tym samym, po jego upływie wnoszę o skreślenie mnie z listy studentów Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I z dniem: …… .

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

……

Podpis studenta

61 646 02 67
rektorat@pam.poznan.pl
www.pam.poznan.pl
Bułgarska 55, 60-320 Poznań
9210

NIP: 783-159-53-99
REGON: 630962487
Nr konta:
36 1090 1359 0000 0001 0273