|  |
| --- |
|  **Uniwersytet Kaliski**  **im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego****DZIEKANAT** **WYDZIAŁU MEDYCZNEGO I NAUK O ZDROWIU** **ul. Kaszubska 13,** **62 – 800 Kalisz, tel. 62/76 79 603** **tel. 62/76 79 574** |
| **KARTA ZOBOWIĄZAŃ STUDENTA** |
| ……….................………………....................................................(IMIĘ I NAZWISKO) | …………..........................(NUMER ALBUMU) |
| Karta wydana z powodu:.............................................................................Data wydania .................................................................................................... |
| **Stwierdzenie powstania zobowiązania** | **Potwierdzenie likwidacji****zobowiązania** |
| BIBLIOTEKAWMNZul. Kaszubska 13 |  |
| DOM STUDENTA „BULIONIK” ul. Łódzka 149 \*\* | Dotyczy studentów mieszkających w Domu Studenta „Bulionik”OŚWIADCZAM, IŻ NIE KORZYSTAŁAM/ŁEMZ DOMU STUDENTA BULIONIK. |
| DZIEKANAT WYDZIAŁU MEDYCZNEGO I NAUK O ZDROWIU UNIWERSYTETU KALISKIEGOul. Kaszubska 13pokój 119, 121 | Potwierdzenie przy odbiorze dokumentów i suplementu po obronie |
|  |