|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
| BIBLIOTEKA  WMNZ  ul. Kaszubska 13 |  |
| DOM STUDENTA „BULIONIK”  ul. Łódzka 149 \*\* | Dotyczy studentów mieszkających w Domu Studenta „Bulionik”  OŚWIADCZAM, IŻ NIE KORZYSTAŁAM/ŁEM  Z DOMU STUDENTA BULIONIK. |
| DZIEKANAT WYDZIAŁU MEDYCZNEGO I NAUK O ZDROWIU UNIWERSYTETU KALISKIEGO  ul. Kaszubska 13  pokój 119, 121 | Potwierdzenie przy odbiorze dokumentów i suplementu po obronie |
|  | |