|  |  |
| --- | --- |
| **Uniwersytet Kaliski**  **im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**  **DZIEKANAT**  **WYDZIAŁU MEDYCZNO-SPOŁECZNO-TECHNICZNEGO**  **Grzymysławice 10,**  **62 – 300 Września, tel. 883-369-703**  **tel. 606-837-901** | |
| **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 MEDYCZNO-SPOŁECZNO-TECHNICZNEGO  UNIWERSYTETU KALISKIEGO  Grzymysławice 10  pokój 15B | Potwierdzenie przy odbiorze dokumentów i suplementu po obronie |
|  | |