

PAŃSTWOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH W KOSZALINIE
Instytut Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego/
Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia/
Instytut Spraw Społecznych*

Koszalin, dnia.....

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
kierunek, specjalność, rok studiów

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
adres emaliowy

Rektor
Państwowej Akademii Nauk Stosowanych
w Koszalinie

PODANIE O ZGODĘ NA PRZENIESIENIE DO INNEJ UCZELNI

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgodny na przeniesienie ze studiów (kierunek, semestrstudiów)

.....
w PANS w Koszalinie na studia w uczelni

.....
na semestr, w roku akademickim /.....

.....
Data i podpis

DECYZJA REKTORA

.....
Koszalin, dnia

.....
podpis i pieczęć