|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  | |
| Centrum Obsługi Doktorantów  Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  Office of the Doctoral School at the Medical University of Lodz | |

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ELEKTRONICZNEJ LEGITYMACJI DOKTORANTA**

REQUEST FOR A COPY OF ELECTRONIC DOCTORAL STUDENT’S ID

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE / PERSONAL DATA** | |
| Imię i nazwisko  Name and surname |  |
| Nazwa Szkoły Doktorskiej  Name of Doctoral School |  |
| Numer albumu  Student’s ID number |  |

Uprzejmie proszę o wydanie duplikatu Elektronicznej Legitymacji Doktoranta.

I would like to ask for a duplicate of Electronic Doctoral Student ID Card.

UZASADNIENIE /EXPLANATION[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potwierdzenie zdania dotychczas używanej legitymacji  Confirmation of returning the previously used ID card |  |  |
| pieczątka i podpis pracownika Centrum Obsługi Doktorantów  stamp and signature of Doctoral School Office clerk |  | czytelny podpis Doktoranta  legible Doctoral student signature |

1. np. zmiana danych osobowych, zagubienie, kradzież, w przypadku zagubienia/kradzieży podać okoliczności, datę oraz miejsce utraty. / please describe: personal data change, ID card was lost or stolen, in the case of which include the circumstances, date and place of the incident. [↑](#footnote-ref-1)