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

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

**PODANIE O ZMIANĘ DANYCH OSOBOWYCH**

PERSONAL DATA CHANGE REQUEST FORM

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zwracam się z prośbą o zmianę moich danych osobowych[[1]](#footnote-1)/Please update my personal data regarding: | | |
|  | | |
|  | **zmiana nazwiska / my surname**[[2]](#footnote-2) | |
| z / former surname |  |
| na / current surname |  |
|  |  |  |
|  | **zmiana adresu zamieszkania / my address** | |
| z / former address |  |
| na / current address |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **zmiana adresu do korespondencji / address for correspondence** | |
| z / former address |  |
| na / current address |  |
|  | | |
|  | **inne dane / other** | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………………………….. |  | ………………………………………………………………….. |
| data złożenie pisma i podpis pracownika COD  date of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk signature |  | czytelny podpis Doktoranta  legible Doctoral student signature |

1. Proszę zaznaczyć właściwe / Mark the appropriate [↑](#footnote-ref-1)
2. Podstawę do zmiany nazwiska stanowi okazanie dowodu osobistego lub aktu małżeństwa / The basis for changing your name is to present your ID card or marriage certificate [↑](#footnote-ref-2)