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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  |  |
| Centrum Obsługi DoktorantówUniwersytetu 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 nazwiskoName and surname |  |
| Nazwa Szkoły DoktorskiejName of Doctoral School |  |
| PESELID Number |  |
| Numer albumuStudent’s ID number |  |
| Numer telefonuPhone 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 CODdate of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk signature |  | czytelny podpis Doktorantalegible 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)