*Lublin, dn. ………………..……*

……………………………………………

*Imię Nazwisko*

……………………………………………

*Adres*

……………………………………………

*Telefon kontaktowy*

……………………………………………

*Nr rekrutacyjny*

***Uniwersytet Medyczny w Lublinie***

***Al. Racławickie 1***

***20-059 Lublin***

W związku z rezygnacją ze studiów niestacjonarnych jednolitych magisterskich na kierunku lekarskim, zwracam się z uprzejmą prośbą o zwrot wpłaconych pieniędzy za I semestr nauki w kwocie ………………….………………………………………..…………………………………….

*(słownie: ………….………………………………………………………………….………..).*

Pieniądze proszę przekazać na rachunek:

………………………………………………….…………….…………………………..……. .

Dane osobowe, do której należy ww. rachunek:

……………………………………………………………………………………………….… .

……………………………………………………………………………………………….… .

*……………………………………*

 *Czytelny podpis*

*Załącznik: dowód wpłaty za I semestr nauki*