

**Potwierdzenie przyjęcia dokumentów rekrutacyjnych do projektu
„Medi+ Centrum Doskonalenia Kompetencji Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”**

Imię:.....Nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Rok i kierunek studiów:.....

Numer rekrutacyjny *(wypełnia osoba przyjmująca dokumenty)*.....

	Dostarczono	Ilość
Kwestionariusz osobowy		
Oświadczenie uczestnika		
Dokument potwierdzający średnią ocen z egzaminów		
Zaświadczenie o działalności na rzecz Uczelni		
Certyfikaty i zaświadczenia o udziale w konferencjach		
Orzeczenie o niepełnosprawności		
List intencyjny		

Uwagi:

Potwierdzam przyjęcie dokumentów

.....

(data i podpis osoby przyjmującej dokumenty)