**Poznań ...........................r.**

miejscowość, data

imię i nazwisko: **.................................**

nr albumu: **...............................**

**Biuro Szkoły Doktorskiej**

**Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**

**ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań**

**Wniosek o wydanie duplikatu legitymacji doktoranta**

Proszę o wydanie duplikatu Elektronicznej Legitymacji Doktoranta, w związku z ............................................................................

..........................................................

podpis doktoranta