

STUDENCKA KOMISJA WYBORCZA

UNIwersytet Medyczny
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

Wydział..... Kierunek.....Rok..... Grupa.....

Wybieram..... na delegata mojej grupy studenckiej.

Uzupełnić drukowanymi literami. Skreślenia mogą być podstawą do unieważnienia zgłoszenia.

Jedna osoba może złożyć podpis tylko pod jednym kandydatem na delegata w kadencji 2023/2024

Lp.	Imię	Nazwisko	Nr indeksu	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				

18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Podpis delegata:

____ - ____ - ____ (tel. kontaktowy delegata)

.....(e-mail delegata)

✉ DS „Medyk” pok. 018 ul. Rokietnicka 4 60-806 Poznań ☎/fax +48 61 658 42 75

www.samorzad.ump.edu.pl e-mail: samorzad@ump.edu.pl