Załącznik nr 3
do Regulaminu świadczeń UM w Lublinie
w roku akademickim 2019/2020

Zgłoszenie uzupełniające	* *niepotrzebne skreślić*	☐ *właściwe pole zaznaczyć stawiając znak* X

Nazwisko studenta / doktoranta*:	Imiona studenta / doktoranta*:	Nr albumu:

Adres stałego zamieszkania:

☐☐ - ☐☐☐ …… ……..……..……..…

kod pocztowy miejscowość ulica, numer domu/mieszkania, województwo

Tel. kontaktowy: …… Adres e-mail: ……..……..…

Wydział:
☐ Wydział Lekarsko – Dentystyczny ☐ Wydział Nauk o Zdrowiu
☐ Wydział Lekarski ☐ Wydział Farmaceutyczny

Kierunek studiów:	Rok studiów:

Forma studiów: ☐ stacjonarne ☐ niestacjonarne

Rodzaj studiów: ☐ I stopnia ☐ II stopnia ☐ jednolite magisterskie ☐ doktoranckie

Proszę o przelewanie przyznanych świadczeń pieniężnych na moje konto od m-ca .....

Nazwa i adres banku	
Nr rachunku wnioskodawcy	

---------- ----------

miejscowość, data czytelny podpis studenta / doktoranta*