**Oświadczenie o zmianie danych osobowych**

……………………………………………………………………………

*Imię i nazwisko*

Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej

……………………………………………………………………………

*Wydział*

……………………………………………………………………………

*Kierunek*

……………………………………………………………………………

*Rok studiów*

Oświadczam, że moje dane osobowe uległy zmianie:

……………………………………………………………………………

*Nowy numer telefonu \**

…………………………………………………………………………….

*Nowy adres stałego zameldowaniu \**

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

*Nowy adres korespondencyjny \**

…………………………………………………………………………….

*Nowy adres e-mail \**

…………………………………………………

*Data i podpis*

*\* Wypełnić tylko jeżeli dotyczy*