

Poznań **……………………………….**

Imię i nazwisko

…………………………………………………………………………

PESEL

ulica

miejscowość i kod pocztowy

**PODANIE**

**Do**

**Pani Dyrektor**

**Wielkopolskiej Szkoły Medycznej**

**w Poznaniu**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie do Wielkopolskiej Szkoły Medycznej w Poznaniu na kierunek ………………………………………………………………………  
w trybie…………. w roku szkolnym ……………………..

……………………..…….……………………..  
 podpis