

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