|  |
| --- |
|  **Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa** **im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego** **w Kaliszu****DZIEKANAT WYDZIAŁU MEDYCZNEGO** **ul. Kaszubska 13,** **62 – 800 Kalisz, tel. 62/76 79 603** |
| **KARTA ZOBOWIĄZAŃ STUDENTA** |
| ……….................………………....................................................(IMIĘ I NAZWISKO) | …………..........................(NUMER ALBUMU) |
| Karta wydana z powodu:.............................................................................Data wydania .................................................................................................... |
| **Stwierdzenie powstania zobowiązania** | **Potwierdzenie likwidacji****zobowiązania** |
| BIBLIOTEKAWM i WRiSul. Kaszubska 13 |  |
| DOM STUDENTA „BULIONIK” ul. Łódzka 149 \*\* | Dotyczy studentów mieszkających w Domu Studenta „Bulionik” |
| DZIEKANAT WYDZIAŁU MEDYCZNEGO PWSZ W KALISZUul. Kaszubska 13pokój 214 | Potwierdzenie przy odbiorze dokumentów i suplementu po obronie |
|  |