Załącznik nr 1

do zarządzenia nr /ZD/2025

Dyrektora Generalnego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 2025 r.

**WZORY PIECZĄTEK**

PIECZĄTKI NAGŁÓWKOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich  we Wrocławiu  wyb. Ludwika Pasteura 1, 50-367 Wrocław | Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  DZIEKANAT WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO  ul. ………………….…………, ………….. Wrocław  tel.: ………………………. |
| Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  Wydział Nauk o Zdrowiu  Katedra Zdrowia Publicznego  ZAKŁAD MEDYCZNYCH NAUK SPOŁECZNYCH  ul. ………………………………, ………….. Wrocław  tel.: ………………………….. | Uniwersytet Medyczny weWrocławiu  Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii  II KLINIKA ANESTEZJOLOGII  I INTENSYWNEJ TERAPII  ul. ……………….…………, ………….. Wrocław  tel.: …....…………................. |

PIECZĄTKI IMIENNE

|  |  |
| --- | --- |
| Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  Katedra Medycyny Sądowej  ZAKŁADU PRAWA MEDYCZNEGO  kierownik  prof. dr hab. Jan Nowak | Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  KATEDRA I ZAKŁAD BIOLOGII  I PARAZYTOLOGII LEKARSKIEJ  asystent  dr Anna Kowalska |
| Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  DZIEKANAT WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  starszy referent  mgr Jan Nowak | Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  Projekt nr …………….  pt.”………………………………..………………....”  Kierownik zadania nr …………..…  dr hab. Anna Kowalska |
| Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  z upoważnienia Rektora  Dyrektor Generalny  mgr Anna Kowalska | Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  WYDZIAŁ LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY  opiekun praktyk zawodowych  dr hab. Jan Nowak, profesor uczelni |

|  |  |
| --- | --- |
| Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  Wydział Lekarski  Prodziekan ds. Rozwoju  dr Anna Kowalska | Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  Prorektor ds. Klinicznych  dr hab. Jan Nowak, profesor uczelni |

|  |
| --- |
|  |

PIECZĄTKI POMOCNICZE

|  |  |
| --- | --- |
| DUPLIKAT | Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  Katedra Analityki Medycznej  Zakład Chemii Klinicznej  SEKRETARIAT  wpłynęło dnia ………………  podpis ………..…………….... |
| WPŁYNĘŁO  dnia ………………… | POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM  Data ……………………………..  Podpis …………………………. |
| Zgodnie z decyzją Prodziekana Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego ds. Studenckich, student został warunkowo wpisany na ……….…. rok studiów pod warunkiem:  ………………………..……………………………………………  …………………………………………………………….…….…  do końca sesji egzaminacyjnej ………….………… | Refundacja z rachunku bankowego  …………………………………………………………………  na rachunek bankowy nr  …………………………………………………..………………  kwota ……………………………………  podpis …………………………………… |