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 Śląskichwe Wrocławiuwyb. Ludwika Pasteura 1, 50-367 Wrocław | Uniwersytet Medyczny we WrocławiuDZIEKANAT WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGOul. ………………….…………, ………….. Wrocławtel.: ………………………. |
| Uniwersytet Medyczny we WrocławiuWydział Nauk o ZdrowiuKatedra Zdrowia PublicznegoZAKŁAD MEDYCZNYCH NAUK SPOŁECZNYCHul. ………………………………, ………….. Wrocławtel.: ………………………….. | Uniwersytet Medyczny weWrocławiuKatedra Anestezjologii i Intensywnej TerapiiII KLINIKA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPIIul. ……………….…………, ………….. Wrocławtel.: …....…………................. |

PIECZĄTKI IMIENNE

|  |  |
| --- | --- |
| Uniwersytet Medyczny we WrocławiuKatedra Medycyny SądowejZAKŁADU PRAWA MEDYCZNEGOkierownik prof. dr hab. Jan Nowak | Uniwersytet Medyczny we WrocławiuKATEDRA I ZAKŁAD BIOLOGII I PARAZYTOLOGII LEKARSKIEJasystentdr Anna Kowalska |
| Uniwersytet Medyczny we WrocławiuDZIEKANAT WYDZIAŁU LEKARSKIEGOstarszy referentmgr Jan Nowak | Uniwersytet Medyczny we WrocławiuProjekt nr …………….pt.”………………………………..………………....”Kierownik zadania nr …………..…dr hab. Anna Kowalska |
| Uniwersytet Medyczny we Wrocławiuz upoważnienia RektoraDyrektor Generalnymgr Anna Kowalska | Uniwersytet Medyczny we WrocławiuWYDZIAŁ LEKARSKO-STOMATOLOGICZNYopiekun praktyk zawodowychdr hab. Jan Nowak, profesor uczelni |

|  |  |
| --- | --- |
| Uniwersytet Medyczny we WrocławiuWydział LekarskiProdziekan ds. Rozwojudr Anna Kowalska | Uniwersytet Medyczny we WrocławiuProrektor ds. Klinicznychdr hab. Jan Nowak, profesor uczelni |

|  |
| --- |
|  |

PIECZĄTKI POMOCNICZE

|  |  |
| --- | --- |
| DUPLIKAT | Uniwersytet Medyczny we WrocławiuKatedra Analityki Medycznej Zakład Chemii KlinicznejSEKRETARIATwpłynęło dnia ………………podpis ………..…………….... |
| WPŁYNĘŁOdnia ………………… | POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEMData ……………………………..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 …………………………………… |