



WE ACCEPT ONLY FULLY FILLED OUT FORMS

Gdańsk,
(Date/Data)

Full Name:
Imię i nazwisko

Address of residence in Poland:
Adres do korespondencji

.....

Course of study
Kierunek

Current Semester/Mode / ...Full-time....
Semestr; którego dotyczy podanie

Student Number:
Numer albumu

Rector
dr Katarzyna Strzał-Osuch, Ph.D, prof. PANS

APPEAL OF THE VICE-RECTOR'S DECISION
ODWOŁANIE OD DECYZJI PROREKTORA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



