



WYDZIAŁOWA RADA STUDENTÓW

Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

Zielona Góra, dnia _____

Imię i nazwisko

nr albumu

kierunek

wydział

Wydziałowa Rada Studentów Collegium Medicum
Uniwersytetu Zielonogórskiego

Zgłaszam chęć uczestnictwa w pracach Komisji
..... w roku akademickim 2024/2025.

.....
.....
podpis studenta

Decyzja WRS CM UZ

.....