

KARTA ODEJŚCIA

REZYGNACJA/SKREŚLENIE/PRZENIESIENIE

Imię i nazwisko

Data otrzymania karty

1. Biblioteka KWSPZ*

2. Biblioteka UR Kraków*
Al. Mickiewicz 24/28

3. Referent ds. Socjalnych*

4. Referent ds. Osób Niepełnosprawnych**

5. Kwestura*

*dotyczy wszystkich Studentów Krakowskiej Wyższej Szkoły Promocji Zdrowia

**dotyczy studentów posiadających zgłoszone Uczelni Orzeczenie o Stopniu Niepełnosprawności