

Warsaw, .....

## English Dentistry Division Students

.....  
(name and surname / imię i nazwisko)

.....  
(student ID No / nr albumu)

.....  
(year of studies/ rok studiów)

.....  
(e-mail)

Vice Dean For the English Dentistry Division  
and International Cooperation and general and  
clinical speech therapy  
Professor Ewa Czochrowska, DMD, PhD  
Faculty of Medicine and Dentistry  
English Dentistry Division  
Medical University of Warsaw

### APPLICATION

I kindly request a permission to repeat the ..... year of studies, in the academic year .....  
Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **powtarzanie** ..... roku studiów, w roku akademickim

Subjects / Przedmioty: .....  
.....  
.....

Reason / Uzasadnienie: .....  
.....

.....  
*Student's signature*

*Podpis studenta / studentki*

Date .....  
Data

Dean's signature .....  
Podpis Dziekana

The fee for the subject/s will be determined in the annex to the Agreement.  
Wyliczenie kwoty za przedmiot/y będzie uregulowane aneksem do Umowy.

\* *Delete as appropriate*  
\* *Niepotrzebne skreślić.*