Miejscowość, data

Imię i nazwisko:
Adres:

**Wydziałowa Komisja Kwalifikacyjna
Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Farmaceutycznym UJCM
ul. Medyczna 9, 30-688 Kraków**

**Szanowny Pan prof. dr hab. Radosław Śpiewak
Przewodniczący Komisji,
Kierownik studiów podyplomowych z zakresu „…”:**

LIST MOTYWACYJNY NA STUDIA PODYPLOMOWE

„….”

W ROKU AKADEMICKIM …

……………….

 Podpis