

## ZGŁOSZENIE / AKTUALIZACJA DANYCH ADRESOWYCH

Miejscowość		Data	
-------------	--	------	--

Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Jednostka organizacyjna	

ADRES ZAMELDOWANIA		
<i>Gmina</i>	<i>Powiat</i>	<i>Województwo</i>
<i>Miejscowość</i>	<i>Kod pocztowy</i>	<i>Ulica</i>
<i>Nr domu</i>	<i>Nr mieszkania</i>	

ADRES ZAMIESZKANIA		
<i>Gmina</i>	<i>Powiat</i>	<i>Województwo</i>
<i>Miejscowość</i>	<i>Kod pocztowy</i>	<i>Ulica</i>
<i>Nr domu</i>	<i>Nr mieszkania</i>	

ADRES DO KORESPONDENCJI		
<i>Gmina</i>	<i>Powiat</i>	<i>Województwo</i>
<i>Miejscowość</i>	<i>Kod pocztowy</i>	<i>Ulica</i>
<i>Nr domu</i>	<i>Nr mieszkania</i>	

Potwierdzam powyższe dane i zobowiązuję się w terminie 7-miu dni zgłosić w Dziale Spraw Osobowych Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum każdą zaistniałą zmianę.

.....  
Podpis Pracownika