



STUDENCKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE
UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE
ul. Witolda Chodźki 9, pok. 4
20-093 Lublin
stn@umlub.pl



Lublin, dn.

Pieczęć STN

ZAŚWIADCZENIE

Studenckie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zaświadcza,
że Pan/Pani*

.....
jest Przewodniczącym/Przewodniczącą Studenckiego Koła Naukowego

.....
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim/.....

**niepotrzebne skreślić*

Podpis i pieczęć Przewodniczącego STN

Podpis i pieczęć Opiekuna SKN