……………………………………………

*Miejscowość, data*

**Imię i nazwisko**

**Wydział**

**Kierunek studiów**

**Rok studiów**

**Nr albumu**

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym potwierdzam, iż rozliczyłam/em zobowiązania w Bibliotece Głównej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Bibliotece Wydziału Farmacji – Filia nr 1 Biblioteki Głównej.

……………………………………………

*Podpis studenta*

|  |
| --- |
|  |

Miejsce na pieczęć Biblioteki Głównej UM data likwidacji zobowiązania

i podpis pracownika

|  |
| --- |
|  |

Miejsce na pieczęć Biblioteki Wydz. Farmacji data likwidacji zobowiązania

I podpis pracownika