

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  
electroradiology  
Professor Piotr Regulski, 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.