

MEDICAL UNIVERSITY OF BIALYSTOK
FACULTY OF MEDICINE WITH THE DIVISION OF DENTISTRY
AND THE DIVISION OF MEDICAL EDUCATION IN ENGLISH



1 Kilińskiego Street
 15-089 Białystok, POLAND
 Tel./fax +48 85 7485501

Photo

passport size
 3,5 x 4,5 cm

6-YEAR M.D. PROGRAM
 6-letni program nauczania medycyny
APPLICATION FORM
 Podanie
(COMPLETE IN CAPITAL LETTERS)
 Wypełnić drukowanymi literami

I. BIOGRAPHICAL DATA

Dane personalne

1. **Surname (Last Name)**.....

Nazwisko

First (given) Names.....

Imiona

2. **Date of Birth: year**.....**month**.....**day**.....

Data urodzenia: rok/miesiąc/dzień:

Sex: Female/Male*

Płeć: żeńska/męska

Place of Birth**Country of Birth**.....

Miejsce urodzenia

Kraj urodzenia

3. **Citizenship****Nationality**

Obywatelstwo

Narodowość

4. **Permanent (Home/Family) Address**

Stały adres zamieszkania

.....**Country**.....
 Kraj

5. **Permanent (Family) Phone**.....

Telefon stacjonarny

6. **Mobile phone number**.....

Telefon komórkowy

7. **Address for correspondence (or temporary)**

Adres korespondencyjny

.....**E-mail**.....
 Adres e-mail

8. **Temporary phone**.....**until (date)**

Telefon tymczasowy

9. **Passport: Country**.....**No**.....

Paszport: Kraj

Nr

Date of Issue.....**Date of Expiry**.....

Data wydania

Data ważności

II. FAMILY

Rodzina

1. **Father's first name**.....**Father's last name**.....

Imię ojca

Nazwisko ojca

Father's date of birth.....

Data urodzenia

Mother's first name.....**Mother's last name**.....

Imię matki

Data urodzenia

Other Guardian's names.....

Imiona innego opiekuna

Spouse's name.....

Imiona małżonka

2. **Professions:**.....

Zawód:

Father **Mother**.....

Ojca

Matki

Other Guardian.....**Spouse**.....

Innego opiekuna

Małżonka

3. **Occupation/Work:**

Zawód wykonywany

Employer:

Pracodawca

Work Phone:

Telefon

Father.....

Ojca

Mother.....

Matki

Other Guardian.....

Innego Opiekuna

Spouse.....

Małżonka

4. **Parents/Other Guardian/Spouse address***

Adres rodziców/Innego opiekuna/małżonka

Country.....**Phone**.....**Street**.....

Kraj

Telefon

Ulica

III. ACADEMIC DATA

Dotychczasowe wykształcenie

1. **Secondary school(s) attended:**

Uczęszczana/e szkoła/y średnia/nie

.....
School name

Nazwa szkoły

.....
Place

Miejscowość

.....
Dates of entering and leaving the school

Data rozpoczęcia i ukończenia szkoły

.....
School name

Nazwa szkoły

.....
Place

Miejscowość

.....
Dates of entering and leaving the school

Data rozpoczęcia i ukończenia szkoły

2. **State whether you have attended University before:**.....

Zaznacz czy już wcześniej uczęszczałeś/aś na Uniwersytet

Name of the University, Faculty, subjects studied, levels, dates of entering and leaving

Nazwa Uczelni, Wydziału, studiowane przedmioty, poziomy, daty rozpoczęcia i ukończenia

3. Knowledge of languages: Polish: yes/no*

Znajomość języków: Polski: tak/nie

other.....
inne

speaking, writing, good, average*

w mowie, piśmie, dobrze, przeciętnie

IV. FINANCIAL SUPPORT

Pomoc Finansowa

Who is going to pay the University fee during your 6 years study?

Kto będzie pokrywał twoje czesne w ciągu 6 lat studiów?

If by grant/loan, please state the name of authority.....

Jeśli poprzez stypendium/pożyczkę proszę podać nazwę instytucji

and address.....
i adres

Use this space for any personal comments which you feel would assist evaluation of your application.

W miejscu poniżej wpisz jakiegokolwiek uwagi osobiste, które byłyby pomocne w ocenie twojego podania

These comments must not exceed one page and may be typed and attached.

Komentarz ten nie może przekroczyć tej strony i może być załączony w postaci wydruku na osobnej kartce

I certify, that the information I have given is complete and correct.

Oświadczam, że podane informacje są kompletne i prawdziwe.

Date **Applicant's Signature**

Data

Podpis kandydata

Declaration of parents/guardians/spouse*

Oświadczenie rodziców/opiekunów/małżonka

I/We accept and undertake the financial commitments of the applicant.

Ja/My wyrażam/y zgodę I przyjmuję/my zobowiązania finansowe kandydata.

Place.....

Miejscowość

Date **Signature.....**

Data

Podpis

*** choose the appropriate**

zaznacz właściwe