

جامعة وارسو الطبية

(MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW)

مركز اللغة الأكاديمية

(ACADEMIC LANGUAGE CENTRE)

نوع الدورة: (السنة التحضيرية)PREPARATORY SCHOOL / (السنة الأولى التحضيرية للغة) /  
PREMED COLLEGE 2<sup>nd</sup> year (السنة الثانية التحضيرية لاختبار دخول الجامعة)

(TYPE OF COURSE - please delete as appropriate)

مدة الدورة: .....

(COURSE DATE)

استمارة الطلب

(APPLICATION FORM)

1. اسم العائلة:

.....

(SURNAME)

2. الاسم الأول:

.....

(GIVEN NAMES)

3. نوع الجنس : ذكر / أنثى

((SEX: MALE / FEMALE - please delete as appropriate)

4. رقم الجواز:

.....

(PASSPORT NUMBER)

5. المدينة: ..... 6. الجنسية:

((NATIONALITY COUNTRY OF ORIGIN))

7. تاريخ الميلاد: ..... 8. مكان الميلاد:

((DATE OF BIRTH: DD-MM-YYYY) (PLACE OF BIRTH)

9. العنوان البريدي: .....

..... (POSTAL ADDRESS)

10. عنوان السكن: .....

..... (RESIDENTIAL ADDRESS)

11. (الايمل) E-MAIL:

.....

12. (فاكس/تلفون): TEL./FAKS

.....

(TEL/FAX)

13. المهنة: .....

(OCCUPATION)

14. إذا كنت تدرس، يرجى تقديم اسم وعنوان الجامعة: .....

(If you are a student, please give the name and address of your school or university)

15. مهارة لغتك الانجليزية:

(ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY)

ممتاز (excellent)	جيد جدا (very good)	جيد (good)	ضعيف (poor)	لاشيء (none)	(في الكلام) (spoken):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ممتاز (excellent)	جيد جدا (very good)	جيد (good)	ضعيف (poor)	لاشيء (none)	(في الكتابة) (written):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

تأكيد معرفة اللغة الإنجليزية (إذا كنت تحمل شهادة، على سبيل المثال ايلتس، توفل الخ..):

(CONFIRMATION OF ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY – if applicable)

شهادة: ..... التقييم/الدرجة:

((SCORE

CERTIFICATE))

16. أسماء وعناوين / وأرقام هواتف الأشخاص الذين يمكنك الاتصال بهم في حالات الطوارئ:

(Names and addresses/telephone numbers of persons to be contacted in case of emergency)

في بولندا: (in Poland)

في بلدك: (back at home)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

أشهد أن حالتي الصحية تسمح لي بالمشاركة في مركز اللغة الأكاديمية. وأعلن أنني سوف أؤكد نفسي. وأعلن أنني أعرف قواعد المشاركة في الدورة وأقبلها.

I hereby declare that there are no medical contraindications to my participation in the course organized by the Academic Language Centre. I also declare that I will take out an insurance policy for myself. I also declare that I know the rules and (regulations of participation in the course and that I accept them

أقر بأنني قد حصلت على منحة دراسية لدفع ثمن الدورة الدراسية لمدة..... أشهر.

(I hereby declare that I have been granted a scholarship for course payments for ..... months)

وأقر هنا بأنني سأدفع رسوم الدورة كاملة إذا لم أكن قد حصلت على منحة دراسية. في حالة حصولك على منحة دراسية قصيرة الأجل، سأدفع أيضا رسوم الدورة المتبقية.

I hereby declare that I will pay the full course fee myself if I am not granted the scholarship. In the event of being granted a) (short-term scholarship, I will also pay the remaining course fee myself

أنا أعطي الموافقة على بياناتي الشخصية في نموذج الطلب هذا ليتم معالجتها من قبل المدرسة فقط لعملياتها التجارية وفقا لقانون حماية البيانات المؤرخ 29 أغسطس 1997 (مجلة القوانين 2002، رقم 101، البند 926 بصيغته المعدلة).

I hereby give consent for my personal data on this application form to be processed by the School solely for its business operations in accordance with the Data Protection Act of August 29<sup>th</sup>, 1997 (Journal of Laws 2002, No 101, item 926 as (amended

تاريخ:

توقيع:

(Date

Signature):

يجب تحويل رسوم الدورة إلى الحساب التالي:

(:Course fees should be transferred to the following account)

**Bank Millennium**

**SWIFT: BIGBPLPW**

PL4711602202000000308129964

كيف علمت عن مسارنا؟  
.....  
(?How did you find out about our course