<DD-MM\_RRRR>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoba zgłaszająca** *(imię nazwisko, jednostka organizacyjna)* | <imię i nazwisko> | | (podpis) |
| <jednostka organizacyjna> | |
| **Informacja o:**  **Zgodnie z Zarządzeniem Rektora:** | [  ] zamknięciu JO[[1]](#footnote-1) | [ ] powołaniu JO | |
| [  ] zmianie nazwy JO |  | |
| nr …………………………… | z dnia <DD-MM\_RRRR> | |
| **ZAMKNIĘCIE JEDNOSTKI** | | | |
| **Nazwa JO** |  | | |
| **Data zakończenia obowiązywania** | <DD-MM-RRRR> | | |
| **ZMIANA NAZWY JEDNOSTKI** | | | |
| **Stara nazwa JO** |  | | |
| **Nowa nazwa JO** |  | | |
| **Data rozpoczęcia obowiązywania** | <DD-MM-RRRR> | | |
| **POWOŁANIE JEDNOSTKI** | | | |
| **Nazwa JO** |  | | |
| **Umiejscowienie JO w Strukturze UMB** | [ ] Wydział Lekarski | | |
| [ ] Wydział Farmaceutyczny | | |
| [ ] Wydział Nauk o Zdrowiu | | |
| [ ] Administracja  Nazwa komórki nadrzędnej …………………………………………………… | | |
| **Data rozpoczęcia obowiązywania** | <DD-MM-RRRR> | | |
| **Symbol JO /kod POLON** |  | | |
| **Numer kosztowy** (wypełnia pracownik ZSZU) |  | | |
| **Rodzaj JO** (wypełnia pracownik ZSZU) | [  ] kadrowa | [  ] kosztowa | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoba rejestrująca zmiany w Systemie** |  | (podpis) |

1. JO –Jednostka Organizacyjna

   UWAGA : Formularz wypełnia osoba zgłaszająca, poza polami oznaczonymi inaczej [↑](#footnote-ref-1)