

.....  
(Nazwisko i imię)

.....  
(Semestr)

.....  
(Numer telefonu komórkowego)

.....  
(adres e-mail)

Do Kanclerza

dra hab. Marcina Geryka, prof. WSiIZ

### PODANIE

Zwracam się z prośbą o rozłożenie opłaty z tytułu czesnego za rok studiów.....w roku akademickim ..... w trybie **stacjonarnym, niestacjonarnym** na raty:

- dwie
- cztery

SEMESTR ZIMOWY					SEMESTR LETNI				
KIERUNEK: DIETETYKA KLINICZNA									
Ilość Rat	Terminy Płatności	I rok studiów	II rok studiów	III rok studiów	Ilość Rat	Terminy Płatności	I rok studiów	II rok studiów	III rok studiów
2	15 września	1220	1220	1220	2	15 lutego	1220	1220	1300
	15 listopada	1220	1220	1220		15 kwietnia	1220	1220	1300
4	15 września	610	610	610	4	15 lutego	610	610	610
	15 października	610	610	610		15 marca	610	610	610
	15 listopada	610	610	610		15 kwietnia	610	610	610
	15 grudnia	610	610	610		15 maja	610	610	610
KIERUNEK: DIETETYKA STOSOWANA									
Ilość Rat	Terminy Płatności	I rok studiów	II rok studiów	III rok studiów	Ilość Rat	Terminy Płatności	I rok studiów	II rok studiów	III rok studiów
2	15 września	1120	1120	1120	2	15 lutego	1120	1120	1200
	15 listopada	1120	1120	1120		15 kwietnia	1120	1120	1200
4	15 września	560	560	560	4	15 lutego	560	560	600
	15 października	560	560	560		15 marca	560	560	600
	15 listopada	560	560	560		15 kwietnia	560	560	600
	15 grudnia	560	560	560		15 maja	560	560	600

Oświadczam, iż zapoznałam / zapoznałem się z Zarządzeniem Kanclerza dotyczącym płatności i jednocześnie zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Z poważaniem

.....