

Warszawa, .....  
(data)

.....  
(Nazwisko i imię)

.....  
Semestr

.....  
(Numer telefonu komórkowego)

.....  
(adres e-mail)

Do Kanclerza  
dra hab. Marcina Geryka, prof. WSiZ

### PODANIE

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

- dwie
- cztery

STUDIA PODYPLOMOWE									
KOSMETOLOGIA Z ELEMENTAMI MEDYCYNY ESTETYCZNEJ					TRYCHOLOGIA KOSMETOLOGICZNA				
Ilość rat	Terminy płatności		I SEMESTR	II SEMESTR	Ilość rat	Terminy płatności		I SEMESTR	II SEMESTR
	Semestr I	Semestr II				Semestr I	Semestr II		
2	25 października	15 lutego	1650 zł	1650 zł	2	25 października	15 lutego	1765 zł	1765 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	1650 zł	1650 zł		15 grudnia	15 kwietnia	1765 zł	1765 zł
4	25 października	15 lutego	825 zł	825 zł	4	25 października	15 lutego	882,50 zł	882,50 zł
	15 listopada	15 marca	825 zł	825 zł		15 listopada	15 marca	882,50 zł	882,50 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	825 zł	825 zł		15 grudnia	15 kwietnia	882,50 zł	882,50 zł
	15 stycznia	15 maja	825 zł	825 zł		15 stycznia	15 maja	882,50 zł	882,50 zł

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

Z poważaniem

.....