

Warszawa,
(data)

.....
(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
- pięć

SEMESTR ZIMOWY					SEMESTR LETNI				
KIERUNEK: KOSMETOLOGIA									
Ilość rat	Terminy płatności	Kosmetologia I rok studiów	Kosmetologia II rok studiów	Kosmetologia III rok studiów	Ilość rat	Terminy płatności	Kosmetologia I rok studiów	Kosmetologia II rok studiów	Kosmetologia III rok studiów
2	15 września	1 250 zł	1 250 zł	1 250 zł	2	15 lutego	1 250 zł	1 250 zł	1 300 zł
	15 listopada	1 250 zł	1 250 zł	1 250 zł		15 kwietnia	1 250 zł	1 250 zł	1 300 zł
4	15 września	625 zł	625 zł	625 zł	4	15 lutego	625 zł	625 zł	650 zł
	15 października	625 zł	625 zł	625 zł		15 marca	625 zł	625 zł	650 zł
	15 listopada	625 zł	625 zł	625 zł		15 kwietnia	625 zł	625 zł	650 zł
	15 grudnia	625 zł	625 zł	625 zł		15 maja	625 zł	625 zł	650 zł
5	15 września	500 zł	500 zł	500 zł	5	15 lutego	500 zł	500 zł	520 zł
	15 października	500 zł	500 zł	500 zł		15 marca	500 zł	500 zł	520 zł
	15 listopada	500 zł	500 zł	500 zł		15 kwietnia	500 zł	500 zł	520 zł
	15 grudnia	500 zł	500 zł	500 zł		15 maja	500 zł	500 zł	520 zł
	15 stycznia	500 zł	500 zł	500 zł		15 czerwca	500 zł	500 zł	520 zł

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

Z poważaniem

.....