

WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA w WARSZAWIE

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
numer telefonu komórkowego

.....
kierunek/specjalność

.....
grupa

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu

**Do Kanclerza WSliZ
dra hab. Marcina Geryka, prof. WSliZ**

WNIOSEK

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Z poważaniem

.....

DECYZJA KANCLERZA:

<i>Adnotacja działu finansowo – windykacyjnego:</i>		
	data	pieczęć i podpis
<i>Wyrażam zgodę:</i>		
	data	pieczęć i podpis
<i>Nie wyrażam zgody:</i>		
	data	pieczęć i podpis

O decyzji kanclerza należy dowiedzieć się osobiście lub telefonicznie.