

# WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA w WARSZAWIE

Warszawa, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
numer telefonu komórkowego

.....  
kierunek/specjalność

.....  
grupa

stacjonarne/niestacjonarne\*  
forma studiów

.....  
adres mailowy

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

## WNIOSEK

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwrot opłaty rekrutacyjnej w wysokości 85/150\* zł z powodu nie uruchomienia kierunku.....  
Proszę o zwrot na nr konta.....

Z poważaniem

.....

### DECYZJA KANCLERZA:

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

*O decyzji kanclerza należy dowiedzieć się osobiście lub telefonicznie.*

\*niepotrzebne skreślić