

Warszawa,
(data)

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(Semestr)

.....
(Numer telefonu komórkowego)

.....
(adres e-mail)

Do Kanclerza

dra hab. Marcina Geryka, prof. WSiIZ

WNIOSEK

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									
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	1100 zł	1200 zł	1300 zł	2	15 lutego	1200 zł	1200 zł	1300 zł
	15 listopada	1100 zł	1200 zł	1300 zł		15 kwietnia	1200 zł	1200 zł	1300 zł
4	15 września	550 zł	600 zł	650 zł	4	15 lutego	600 zł	600 zł	650 zł
	15 października	550 zł	600 zł	650 zł		15 marca	600 zł	600 zł	650 zł
	15 listopada	550 zł	600 zł	650 zł		15 kwietnia	600 zł	600 zł	650 zł
	15 grudnia	550 zł	600 zł	650 zł		15 maja	600 zł	600 zł	650 zł

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

Z poważaniem

.....