

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

STUDIA PODYPLOMOWE				
KIERUNEK KOSMETOLOGIA BIOESTETYCZNA				
Ilość Rat	Terminy Płatności		I SEMESTR	II SEMESTR
	SEMESTR I	SEMESTR II		
2	25 października	15 lutego	1 650 zł	1 650 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	1 650 zł	1 650 zł
4	25 października	15 lutego	825 zł	825 zł
	15 listopada	15 marca	825 zł	825 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	825 zł	825 zł
	15 stycznia	15 maja	825 zł	825 zł

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

Z poważaniem

.....