

Warszawa, .....  
(data)

.....  
(Nazwisko i imię)

.....  
(Semestr)

.....  
(Numer telefonu komórkowego)

.....  
(adres e-mail)

Do Kanclerza

dra hab. Marcina Geryka, prof. WSliZ

### 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: Żywność, suplementy diety i produkty kosmetyczne |                   |             |   |            |                        |            |
|--|-------------------|-------------|---|------------|------------------------|------------|
| KIERUNEK   |                   |             | kształcenie wspomagane procesem on-line |            | kształcenie tradycyjne |            |
| Ilość Rat  | Terminy Płatności |             | I SEMESTR                               | II SEMESTR | I SEMESTR              | II SEMESTR |
| 2  | SEMESTR I         | SEMESTR II  |   |            |                        |            |
|  | 25 października   | 15 lutego   | 1500 zł                                 | 1500 zł    | 1700 zł                | 1700 zł    |
|  | 15 grudnia        | 15 kwietnia | 1500 zł                                 | 1500 zł    | 1700 zł                | 1700 zł    |
| 4  | 25 października   | 15 lutego   | 750 zł                                  | 750 zł     | 850 zł                 | 850 zł     |
|  | 15 listopada      | 15 marca    | 750 zł                                  | 750 zł     | 850 zł                 | 850 zł     |
|  | 15 grudnia        | 15 kwietnia | 750 zł                                  | 750 zł     | 850 zł                 | 850 zł     |
|  | 15 stycznia       | 15 maja     | 750 zł                                  | 750 zł     | 850 zł                 | 850 zł     |

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

Z poważaniem

.....