

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 STUDIA I STOPNIA									
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	1300 zł	1400 zł	1400 zł	2	15 lutego	1300 zł	1400 zł	1400 zł
	15 listopada	1300 zł	1400 zł	1400 zł		15 kwietnia	1300 zł	1400 zł	1400 zł
4	15 września	650 zł	700 zł	700 zł	4	15 lutego	650 zł	700 zł	700 zł
	15 października	650 zł	700 zł	700 zł		15 marca	650 zł	700 zł	700 zł
	15 listopada	650 zł	700 zł	700 zł		15 kwietnia	650 zł	700 zł	700 zł
	15 grudnia	650 zł	700 zł	700 zł		15 maja	650 zł	700 zł	700 zł

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

Z poważaniem

.....