

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 kierunkustudia II stopnia na raty:

- dwie
- cztery
- pięć

SEMESTR ZIMOWY				SEMESTR LETNI			
KIERUNEK: DIETETYKA STUDIA II STOPNIA							
Ilość rat	Terminy płatności	I ROK STUDIÓW absolwenci WSiIZ	II ROK STUDIÓW absolwenci WSiIZ	Ilość rat	Terminy płatności	I ROK STUDIÓW absolwenci WSiIZ	II ROK STUDIÓW absolwenci WSiIZ
2	15 września	1 500 zł	1 600 zł	2	15 lutego	1 500 zł	1 600 zł
	15 listopada	1 500 zł	1 600 zł		15 kwietnia	1 500 zł	1 600 zł
4	15 września	750 zł	800 zł	4	15 lutego	750 zł	800 zł
	15 października	750 zł	800 zł		15 marca	750 zł	800 zł
	15 listopada	750 zł	800 zł		15 kwietnia	750 zł	800 zł
	15 grudnia	750 zł	800 zł		15 maja	750 zł	800 zł
5	15 września	600 zł	640 zł	5	15 lutego	600 zł	640 zł
	15 października	600 zł	640 zł		15 marca	600 zł	640 zł
	15 listopada	600 zł	640 zł		15 kwietnia	600 zł	640 zł
	15 grudnia	600 zł	640 zł		15 maja	600 zł	640 zł
	15 stycznia	600 zł	640 zł		15 czerwca	600 zł	640 zł

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

Z poważaniem

.....