

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 DIETETYKA SPORTOWA				
Ilość Rat	Terminy Płatności		I SEMESTR	II SEMESTR
	SEMESTR I	SEMESTR II		
2	25 października	15 lutego	1 100 zł	1 100 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	1 100 zł	1 100 zł
4	25 października	15 lutego	550 zł	550 zł
	15 listopada	15 marca	550 zł	550 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	550 zł	550 zł
	15 stycznia	15 maja	550 zł	550 zł

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

Z poważaniem

.....