

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 TRYCHOLOGIA KOSMETOLOGICZNA				
Ilość Rat	Terminy Płatności		I SEMESTR	II SEMESTR
	SEMESTR I	SEMESTR II		
2	25 października	15 lutego	1750 zł	1750 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	1750 zł	1750 zł
4	25 października	15 lutego	875 zł	875 zł
	15 listopada	15 marca	875 zł	875 zł
	15 grudnia	15 kwietnia	875 zł	875 zł
	15 stycznia	15 maja	875 zł	875 zł

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

Z poważaniem

.....