

.....  
(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									
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	1200 zł	1300 zł	1300 zł	2	15 lutego	1200 zł	1300 zł	1300 zł
	15 listopada	1200 zł	1300 zł	1300 zł		15 kwietnia	1200 zł	1300 zł	1300 zł
4	15 września	600 zł	650 zł	650 zł	4	15 lutego	600 zł	650 zł	650 zł
	15 października	600 zł	650 zł	650 zł		15 marca	600 zł	650 zł	650 zł
	15 listopada	600 zł	650 zł	650 zł		15 kwietnia	600 zł	650 zł	650 zł
	15 grudnia	600 zł	650 zł	650 zł		15 maja	600 zł	650 zł	650 zł

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

Z poważaniem

.....