

Warszawa,
(data)

.....
(Nazwisko i imię)

.....
Semestr

.....
(Numer telefonu komórkowego)

.....
(adres e-mail)

Do Kanclerza

dra hab. Marcina Geryka, prof. WSiZ

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
- pięć

SEMESTR ZIMOWY				SEMESTR LETNI			
KIERUNEK: CHEMIA KOSMETYCZNA							
Ilość rat	Terminy płatności	STACJONARNE	NIESTACJONARNE	Ilość rat	Terminy płatności	STACJONARNE	NIESTACJONARNE
		OD I DO IV ROKU STUDIÓW	OD I DO IV ROKU STUDIÓW			OD I DO IV ROKU STUDIÓW	OD I DO IV ROKU STUDIÓW
2	15 września	1 350 zł	1 350 zł	2	15 lutego	1 350 zł	1 350 zł
	15 listopada	1 350 zł	1 350 zł		15 kwietnia	1 350 zł	1 350 zł
4	15 września	675 zł	675 zł	4	15 lutego	675 zł	675 zł
	15 października	675 zł	675 zł		15 marca	675 zł	675 zł
	15 listopada	675 zł	675 zł		15 kwietnia	675 zł	675 zł
	15 grudnia	675 zł	675 zł		15 maja	675 zł	675 zł
5	15 września	540 zł	540 zł	5	15 lutego	540 zł	540 zł
	15 października	540 zł	540 zł		15 marca	540 zł	540 zł
	15 listopada	540 zł	540 zł		15 kwietnia	540 zł	540 zł
	15 grudnia	540 zł	540 zł		15 maja	540 zł	540 zł
	15 stycznia	540 zł	540 zł		15 czerwca	540 zł	540 zł

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

Z poważaniem

.....