

.....
nazwisko i imię

.....
kierunek studiów

stacjonarne / niestacjonarne*

.....
numer telefonu komórkowego

Szanowny Pan
dr hab. Marcin Geryk
kanclerz

PODANIE

Zwracam się z prośbą o rozłożenie na **5 rat** opłaty za kurs/y wyrównawczy/e dedykowanych dla kandydatów na studia magisterskie:

- ☐ **Kosmetologia pielęgnacyjna i upiększająca** (kosmetologia II st.)
- ☐ **Chemia kosmetyczna** (kosmetologia II st.)
- ☐ **Technologia żywności i potraw oraz towaroznawstwo** (dietetyka II st.)
- ☐ **Żywienie człowieka** (dietetyka II st.)*

Zobowiązuję się w semestrze zimowym r. akad. 2021/2022 do wpłaty 500 zł/kurs w wysokości i terminach zgodnych z Zarządzeniem Kanclerza Wyższej Szkoły Zdrowia w Gdańsku w sprawie wysokości i trybu wnoszenia opłat za kursy w WSZ:

TERMIN PŁATNOŚCI	KWOTA w przypadku wyboru 1 kursu	KWOTA w przypadku wyboru 2 kursów
20 września 2021 r.	100 zł	200 zł
10 października 2021 r.	100 zł	200 zł
10 listopada 2021 r.	100 zł	200 zł
10 grudnia 2021 r.	100 zł	200 zł
10 stycznia 2022r.	100 zł	200 zł

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z w/w Zarządzeniem Kanclerza Wyższej Szkoły Zdrowia a w sprawie wysokości i trybu wnoszenia opłat za kursy w WSZ i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Z poważaniem

.....

*odpowiednie zaznaczyć