

Gdańsk, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
semestr/kierunek

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu

.....
nr telefonu komórkowego lub domowego

.....
adres e-mail

DO
KANCLERZA
dra hab. Marcina Geryka, prof. WSZ

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o rozłożenie opłaty z tytułu czesnego za semestr
w roku akademickim 20...../20..... na raty:

- dwie**
- pięć***

Zobowiązuję się do wpłaty czesnego w ratach, w wysokości i terminach podanych w Zarządzeniu Kanclerza w sprawie wysokości i trybu wnoszenia opłat za studia w WSZ.

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

Z poważaniem

.....

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335).
Dane osobowe będą przetwarzane w realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.

*odpowiednie zaznaczyć