



.....  
Data

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Kierunek studiów

.....  
Tryb

.....  
Semestr

.....  
Poziom

.....  
Numer albumu

.....  
Adres do korespondencji

.....  
Adres e-mail

Kanclerz WSZiP w Poznaniu  
Maria Wanierowicz

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na (podkreślić właściwe):

1. rozwiązanie umowy o naukę
2. prolongatę
3. przeksięgowanie opłat
4. anulowanie opłat
5. zwrot nadpłaty\*
6. zwrot opłaty administracyjnej\* (wpisowego)
7. zmiana opcji płatności czesnego
8. inne .....

\* należy podać numer swojego rachunku bankowego, na który Uczelnia dokona zwrotu

Uzasadnienie Studenta:

.....  
Data i podpis Studenta

Decyzja Uczelni:

.....  
Data i podpis Kanclerza