

CHORZÓW, DNIA

IMIĘ I NAZWISKO:

NUMER ALBUMU:

STUDIA: STACJONARNE / NIESTACJONARNE

STUDIA: PIERWSZEGO STOPNIA / DRUGIEGO STOPNIA / JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE

ROK STUDIÓW: I / II / III / IV / V

KIERUNEK:

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....

NR TEL:

E-MAIL:

DR KRZYSZTOF KOJ

DZIEKAN

**WYDZIAŁU ZAMIEJSCOWEGO W CHORZOWIE
UNIwersytetu WSB MERITO W POZNANIU**

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYRAŻENIE ZGODY NA:

1) PRZESUNIĘCIE TERMINU PŁATNOŚCI ZA (*niepotrzebne skreślić*):

a) 30.09 (X), 31.10 (XI), 30.11 (XII), 31.12 (I), 31.01 (II), 28.02 (III), 31.03 (IV), 30.04 (V),
31.05 (VI), 30.06 (VII), 31.07 (VIII), 31.08 (IX)

do dnia

2) PRZESUNIĘCIE TERMINU PŁATNOŚCI DO DNIA KAŻDEGO MIESIĄCA

(*+ksero zaświadczenia z zakładu pracy o terminie wynagrodzenia*).

PODPIS