

CHORZÓW, DNIA

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

.....

.....

PESEL:																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL.KONTAKT:

E-MAIL:

**PRODZIEKAN
WYDZIAŁU ZAMIEJSCOWEGO
W CHORZOWIE
UNIWERSYTETU WSB MERITO
W POZNANIU**

DOTYCZY: REAKTYWACJI NA STUDIA

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O REAKTYWACJĘ NA:

STUDIA: pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolite studia magisterskie

W FORMIE: stacjonarnej / niestacjonarnej

NA KIERUNKU:

O SPECJALNOŚCI:

W SEMESTRZE:, W ROKU AKADEMICKIM

Z LISTY STUDENTÓW ZOSTAŁA(E)M SKREŚLONA(Y) DNIA

Z POWODU

.....

PODPIS

POTWIERDZENIE ROZLICZENIA Z DZIAŁEM PŁATNOŚCI:

.....

(DATA I PODPIS PRACOWNIKA)