

Radom, dnia.....

imię i nazwisko: .....

kierunek: .....

semestr: .....

rodzaj studiów: \_ stacjonarne \_ niestacjonarne<sup>1</sup>

nr albumu:

**REKTOR**  
**Europejskiej Uczelni Społeczno- Technicznej im. Śl. Bożego**  
**Roberta Schumana**

**P O D A N I E**

Proszę o wyrażenie zgody na zmianę terminu płatności czesnego  
Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....

Podpis studenta.....

Decyzja Rektora:

Podpis

---

<sup>1</sup> Właściwie zakreśl