

Radom, dnia.....

imię i nazwisko:

kierunek:

semestr:

rodzaj studiów: _ stacjonarne _ niestacjonarne¹

nr albumu:

REKTOR
Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej
im. Roberta Schumana

dr Maciej Ferek

P O D A N I E

Proszę o wyrażenie zgody na zmianę terminu płatności czesnego

Uzasadnienie:

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

Podpis studenta.....

Decyzja:

Podpis Rektora

¹ Właściwie zakreśl