

.....
imię i nazwisko

Wrocław, dnia

.....
rok i stopień studiów, kierunek

..... S N NZ
nr albumu, rodzaj studiów (zakreśl)

Dziekan Wydziału Fizjoterapii
dr hab. Łukasz Pawik, prof. AWF Wrocław

Zwracam się z wnioskiem o wyrażenie zgody na zmianę terminów uiszczania
opłat za czesne, określonych w § 3 ust. 6 Regulaminu opłat.

Uzasadnienie:

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

.....
podpis

Decyzja Dziekana:

.....
.....

.....
podpis i pieczęć imienna Dziekana