|  |  |
| --- | --- |
| ...........................................................................  *Imię, nazwisko*  ..........................................................................  *Numer albumu*  *………………………………………………………*  *Kierunek*  I stopień/ I – II – III \*  *Stopień studiów/ rok studiów*  ***STUDIA STACJONARNE/NISTACJONARNE***\* | dn,......................  ………………………………………….  *Data wpływu – wypełnia Dziekanat* |
|  | **Kwestura**  **Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu** |

Zwracam się z uprzejmą prośbą o rozłożenie na 2 / 3 / 4 / 5 \*……. ( proszę wpisać propozycję ) \* raty opłaty czesnego/za powtarzanie zajęć, z powodu niezadowalających wyników w nauce, realizowanych w CM w roku akademickim ……./…. w semestrze zimowym/letnim\*.

Wykaz powtarzanych przedmiotów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa przedmiotu  *Należy wpisać pełną nazwę WSZYSTKICH zaległych przedmiotów z semestru* | Liczba godzin przedmiotu | Opłata za zaległy przedmiot |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

Łączna wysokość opłat wynosi: …………………… zł

Brak możliwości wniesienia opłaty w wymaganym terminie jest spowodowany ……………………..………… ............................................................................................................................................................................................

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

Oświadczam, że staram się o rozłożenie na raty po raz pierwszy/drugi.\*

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

……………………………………………..

*Podpis studenta*

***Adnotacje Dziekanatu*:**

Student pobiera/nie pobiera\* stypendium socjalne w roku akademickim ………………….. (w wysokości ……………………..zł miesięcznie). Student wnosił/nie wnosił\*\* poprzednie opłaty w terminie

……………………………………

*Podpis i pieczęć*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ROZSTRZYGNIĘCIE:***

Po rozpatrzeniu Pani/Pana wniosku wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na rozłożenie opłat za studia na ……………. raty. Wysokość rat i terminy spłat ustalam według poniższego harmonogramu:

**I rata: ……………zł – płatna do** …………………..

**II rata: ………….zł – płatna do** …………………...

**III rata: ………….zł – płatna do** …………………..

………………………………………………..