Wrocław, dnia ……….………..……..……... r.

………………………………….…………..………………………………….…..……

(imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………………..

(nazwa studiów, nr edycji)

……………………………………….………………………………..………………

(e-mail, nr telefonu)

**Kierownik studiów podyplomowych**

………………………………………………………………………..…..

*tytuł, imię i nazwisko*

Zwracam się w prośbą o przesuniecie terminu płatności w kwocie ………………………….…. zł na studiach

podyplomowych …………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………

*(proszę podać nazwę i edycję studiów/rok akademicki)*

|  |
| --- |
| Uzasadnienie: |

Niniejszym zobowiązuję się do dokonania płatności w kwocie:

1. Kwota ……………………. . do …………………… 2022 r.
2. Kwota ……………………. . do ………………….. 2022 r.

Świadoma/Świadomy zobowiązań wynikających z zawartej umowy o warunkach odpłatności zobowiązuję się do terminowego wnoszenia opłat.

……………………………………………………………….

*Podpis uczestnika*