PODANIE O REAKTYWACJĘ

………………….……................... Świnoujście., dn. ………......………r.

*(imię i nazwisko)*

………………….……...................

*(adres)*

**Podanie złożono dn. ..............................................................**

**Podpis przyjmującego .............................................................**

………………….……...................

………………….……...................

*(Specjalność)*

***Telefon***...............................................

**DZIEKAN**

**Wydziału………………………………………………**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na reaktywację na studia niestacjonarne I stopnia w roku akademickim ............/..........., kierunek ...................................................

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

……………………………………..

*Podpis*

***Opłaty:***

1. *Opłata reaktywacyjna- 290 zł*
2. *................................................................*
3. *............................................................*