PODANIE O WZNOWIENIE STUDIÓW

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

*(imię i nazwisko)*

………………….……...................

*(adres)*

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

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

………………….……...................

………………….……...................

*(Specjalność)*

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

 **DZIEKAN**

 **Wydziału Ekonomii i Nauk o Zdrowiu**

**w Świnoujściu**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wznowienie studiów pierwszego stopnia w roku akademickim ............/..........., kierunek ...................................................

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

……………………………………..

  *Podpis*

***Opłaty:***

1. *Opłata zgodnie z obowiązującym cennikiem- 290 zł*
2. *................................................................*
3. *............................................................*