

Warszawa, dnia.....

.....
nazwisko i imię /numer albumu/

.....
semestr, rok

Kierunek:*

- Fizjoterapia jednolite magisterskie stacjonarne
- Fizjoterapia jednolite magisterskie niestacjonarne
- Psychologia
- Dietetyka I stopnia
- Dietetyka II stopnia
- Ratownictwo Medyczne
- Zdrowie Publiczne II stopnia

.....
numer telefonu

.....
adres do korespondencji

**Dyrektor Generalny
Akademii Medycznej Nauk Stosowanych
i Holistycznych
mgr Agnieszka Mydlarz**

PODANIE O ZMIANĘ FORMY PŁATNOŚCI

Upzejmie proszę o zmianę formy płatności z rat/ raty na.....rat/ raty od semestru w roku akademickim 20.. /20..

.....
podpis studenta

Uwagi pracownika Działu Finansów :

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

DECYZJA Dyrektora

Warszawa, dnia.....

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

.....
podpis Dyrektora