



D	D	M	M	R	R						
data przyjęcia						nr albumu					
wypełnia dziekanat											

## PODANIE O REZYGNACJĘ ZE STUDIÓW

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

### DANE PERSONALNE

NAZWISKO:

IMIĘ:

NR ALBUMU:

GRUPA:

TELEFON:

E-MAIL:

### DO DZIEKANA

Proszę o skreślenie mnie z listy studentów WSB. Prośbę swoją motywuję tym, iż: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że jestem świadomy/a konieczności uiszczenia opłaty za studia do dnia rezygnacji, zgodnie z umową podpisaną w momencie rozpoczęcia studiów.

.....

**PODPIS STUDENTA**