UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Wrocław, dnia_____

_____
imię i nazwisko

_____
adres

_____
PESEL*

_____
telefon/e-mail

Komisja Rekrutacyjna
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
kierunek studiów_____
forma: stacjonarne / niestacjonarne**
poziom: jednolite magisterskie /I stopnia /
II stopnia**

Wniosek o zwrot opłaty za przeprowadzenie rekrutacji

Proszę o zwrot kwoty wniesionej dnia ……w wysokości ..... PLN

(słownie:……...……..……..)

z tytułu opłaty za przeprowadzenie rekrutacji ze względu na:**

1) nieuruchomienie kierunku studiów,
2) niedopłaty,
3) nadpłaty,
4) wniesienia opłaty za przeprowadzenie rekrutacji po terminie określonym w harmonogramie rekrutacji.

Zwrot opłaty za przeprowadzenie rekrutacji proszę przekazać w formie przelewu na wskazany niżej numer rachunku bankowego, należący do:…….
imię, nazwisko posiadacza rachunku

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Uwaga: Kwota zwrotu zostanie pomniejszona o koszty, o których mowa z § 2 ust. 5 Regulaminu.

Załączniki: potwierdzenie dokonania opłaty za przeprowadzenie rekrutacji w postaci wydruku z portalu bankowego/przelewu pocztowego.

_____
data i czytelny podpis kandydata

UWAGA! Wniosek należy złożyć do Komisji Rekrutacyjnej w terminie do 15 października br.

Wypełnia Komisja Rekrutacyjna:

_____
(data przyjęcia wniosku)

Wniosek rozpatrzono: pozytywnie/negatywnie **

Uzasadnienie negatywnego rozpatrzenia:……..

_____
(data i podpis członka KR)

_____
(data przekazania wniosku do działu finansowego)

*w przypadku braku nr PESEL należy podać nazwę, serię i numer dokumentu oraz kraj wydania
**Niepotrzebne skreślić