

Wrocław, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres e-mail

.....
numer ID

Komisja Rekrutacyjna
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
na kierunku:

Oświadczenie o rezygnacji

Oświadczam, że rezygnuję z rekrutacji na studia / podjęcia studiów* jednolitych magisterskich / pierwszego stopnia / drugiego stopnia* na kierunku w formie stacjonarnej / niestacjonarnej* w roku akademickim

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że na podstawie § 2 zarządzenia nr 41/XVI R/2024 Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z dnia 27 lutego 2024 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu wnoszenia i zwrotu opłaty za przeprowadzenie rekrutacji na I rok studiów, rezygnacja z podjęcia studiów nie stanowi podstawy do zwrotu opłaty rekrutacyjnej.

.....
czytelny podpis

** skreślić niewłaściwe*