Białystok, dnia .....

imię i nazwisko numer albumu

kierunek, rok studiów, semestr, grupa

tryb stacjonarny/niestacjonarny[*]

aktualny telefon kontaktowy

REKTOR WSWFiT
w Białymstoku

PODANIE (w sprawie opłat za studia)

Zwracam się z prośbą o .....

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie podania:

.....

.....

.....

.....

Podpis studenta

Decyzja Rektora:

Zgoda / brak zgody[*] *na .....*

.....

.....

Białystok, dnia .....

Podpis i pieczątka Rektora

[*] Niepotrzebne skreślić.