

Lublin, dnia.....

.....
(imię i nazwisko słuchacza)

.....
(kierunek studiów, rok akademicki)

.....
(adres)

.....
(tel. kontaktowy)

.....
(adres mailowy)

Kancierz WSPA w Lublinie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu opłaty czesnego w roku akademickim/..... w wysokości PLN do dnia r. z powodu

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
(podpis słuchacza)

DECYZJA KANCLERZA WSPA

**Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody
na dokonanie zwrotu**

wpłynęło dnia