



WYŻSZA SZKOŁA REHABILITACJI w Warszawie

.....
Imię i nazwisko kandydata

.....
adres – ulica

-
miejsowość

PESEL

.....
numer telefonu

**PEŁNOMOCNIK DZIEKANA
WYŻSZEJ SZKOŁY REHABILITACJI**

ul. Kasprzaka 49

01-234 Warszawa

PODANIE

Proszę o przyjęcie mnie do Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie na pierwszy rok studiów podyplomowych na kierunek

Forma studiów e-learning / niestacjonarne

Częstotliwość wnoszenia opłat za studia

(postaw X przy wybranej opcji)

1 raz w roku

semestralnie

ratalnie

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

- Studia są płatne.

.....
podpis kandydata

Ja niżej podpisana/y oświadczam co następuje:

1. Znane mi są zasady przyjęć w Wyższej Szkole Rehabilitacji.
2. Zobowiązuję się do terminowego uiszczania opłat za naukę.
3. W przypadku zrezygnowania ze studiów, bądź skreślenia mnie z listy studentów z powodu niezadawalających wyników w nauce lub z powodu nieuiszczania czesnego nie będę wysuwać żadnych roszczeń z tytułu wniesionych przeze mnie opłat za studia
4. Zobowiązuję się do opłacania studiów do momentu podjęcia decyzji o rezygnacji w formie pisemnej lub ukończenia roku studiów w ciągu 7 dni od podjęcia takiej decyzji
5. Zapoznałem się z Regulaminem Studiów WSR

.....
podpis kandydata

Wyższa Szkoła Rehabilitacji

01-234 Warszawa ul. Kasprzaka 49 tel./faks (22) 631-05-75 e-mail: studiapodyplomowe@wsr.edu.pl