



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Wrocław, dnia _____

imię i nazwisko

adres

PESEL

telefon/e-mail

Wydziałowa Komisja Rekrutacyjna/
Komisja Rekrutacyjna*
Wydziału _____
kierunek studiów _____
Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu

Wniosek o zwrot opłaty rekrutacyjnej w roku rekrutacji na studia wyższe/studia doktoranckie

Wnoszę o zwrot wniesionej przez mnie opłaty rekrutacyjnej ze względu na*:

- 1) nieuruchomienie kierunku studiów,
- 2) niedopłatę,
- 3) nadpłatę,
- 4) wpłynięcie opłaty po terminie określonym w harmonogramie rekrutacji.

Wpłata opłaty rekrutacyjnej w wysokościzł była dokonana dniaza studia na kierunku:

1. _____ stacjonarne / niestacjonarne, jednolite magisterskie / I stopnia / II*
2. _____ stacjonarne / niestacjonarne, jednolite magisterskie / I stopnia / II*
3. _____ stacjonarne / niestacjonarne, jednolite magisterskie / I stopnia / II*

Proszę o zwrot opłaty w wysokości zł

na rachunek bankowy nr: _ _ _ _ _

Zwrot opłaty nastąpi po zakończeniu procesu rekrutacji na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu na rok akademicki
na podstawie pisemnego, podpisanego przez kandydata wniosku (wg wzoru) oraz dowodu/ów wpłaty.

UWAGA! Wniosek należy złożyć do Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej w terminie do 30 października br.

* Nieodpowiednie skreślić

czytelny podpis kandydata

Wypełnia Wydziałowa Komisja Rekrutacyjna:

(data przyjęcia wniosku)

Wniosek rozpatrzono: pozytywnie/negatywnie *

Uzasadnienie:

(data i podpis członka WKR)

(data przekazania wniosku
do działu finansowego)

* Nieodpowiednie skreślić