Warszawa , dnia……………………..

…………………………………………

Imię i nazwisko

…………………………………………

Kierunek

………………………………………… WZÓR

 rok studiów, semestr studiów

…………………………………………

Nr albumu

……………………………………….

Nr telefonu

Prodziekan WHBiOZ

Dr Jan Slósarz

Zwracam się z prośbą o skierowanie na powtarzanie semestru ………. w roku akademickim ………………

Niezaliczone dotychczas przedmioty: (wymieniamy wszystkie)

…………………………………………………………….… (.… ECTS)

…………………………………………………………….… (…. ECTS)

………… …………………………………………………… (…. ECTS)

Zobowiązuję się do przestrzegania terminu płatności i realizacji w/w przedmiotu(ów)

…………………………………………..

Podpis

Decyzja dziekana …………………………….

Opłata za powtarzanie semestru ……………… zł, termin płatności ………………..