|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko, nr albumu*  *Kierunek, rok i stopień studiów*  *Tel. kontaktowy* | **Lublin,** *Data* |

**Prodziekan ds. studenckich**

Wydziału Zarządzania PL

dr inż. Marta Cholewa-Wiktor

# PODANIE

Proszę o zgodę na rozłożenie na raty płatności za usługi edukacyjne na Wydziale Zarządzania w semestrze *Wybierz* w roku akademickim *Rok. akad.*.

**Uzasadnienie:**

*Tekst uzasadnienia*

*……………………………………………*

*(czytelny podpis studenta)*

## Uwagi Dziekanatu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Decyzja Prodziekana ds. studenckich

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\*

………………..…………………………..

*Prodziekan ds. studenckich*