……………………………………………………………. Rzeszów, dnia……………………………..

imię i nazwisko

…………………………………… ………………..

nr albumu rok studiów

…………………………………………………………….

kierunek studiów

stacjonarne / niestacjonarne\*

…………………………………………………………….

forma studiów

I stopnia / II stopnia / jednolite mgr\*

…………………………………………………………….

 poziom studiów

…………………………………………………………….

adres do korespondencji

…………………………………………………………….

nr telefonu, e-mail

**Dziekan Wydziału Medycznego**

 **Uniwersytetu Rzeszowskiego**

Na moim subkoncie widnieje kwota nadpłaty w wysokości:…………………………………………………………….....

* Proszę o zwrot w/w kwoty na konto nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Oświadczam, że zrzekam się w/w kwoty na rzecz Kolegium Nauk Medycznych.

 ……………………………………………….……………

 (podpis studenta/absolwenta)

Załączniki:



\* - niepotrzebne skreślić