



Starogard Gd., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Kierunek i specjalność

.....
Rok studiów

.....
Nr albumu

**Rektor
Pomorskiej Szkoły Wyższej
w Starogardzie Gdańskim**

PODANIE O ZMIANĘ TERMINU PŁATNOŚCI

Zwracam się z prośbą o

.....
.....
.....

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

.....
Data i podpis wnioskodawcy

DECYZJA REKTORA:

1. Wyrażam zgodę
2. Nie wyrażam zgody

.....
.....

.....
data i podpis Rektora

