



Starogard Gdański, dnia .....

KIERUNEK .....

imię i nazwisko .....

nr albumu/semestr .....

nr telefonu kom.....

**Rektor  
Pomorskiej Szkoły Wyższej  
w Starogardzie Gdańskim**

### PODANIE O ZMIANĘ FORMY PŁATNOŚCI

**Zwracam się z prośbą o zmianę formy płatności na:**

- ratalnie
- jednorazowo

Z poważaniem,

.....

### **DECYZJA REKTORA:**

1. Wyrażam zgodę

.....

2. Nie wyrażam zgody

.....

.....

.....

data i podpis Rektora

