……
Imię i nazwisko

……..……
Data, Miejscowość

……

……..
Adres zamieszkania

……...
Numer telefonu

…….
Numer Kandydata

Uczelniana Komisja Rekrutacyjna
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

Podanie o zwrot opłaty rekrutacyjnej

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwrot wniesionej przeze mnie opłaty rekrutacyjnej w wysokości ……. zł:

- za studia stacjonarne / niestacjonarne∗, I stopnia / II stopnia/ jednolite magisterskie∗ na kierunku: …….. w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach z powodu:……..….**
- za studia stacjonarne / niestacjonarne∗, I stopnia / II stopnia/ jednolite magisterskie∗ na kierunku: …….. w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach z powodu:……..….**
- za studia stacjonarne / niestacjonarne∗, I stopnia / II stopnia/ jednolite magisterskie∗ na kierunku: …….. w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach z powodu:…… ……..….**

Proszę o przekazanie opłaty przelewem na konto bankowe o numerze:

_ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

Nazwa banku: ……..

…….
podpis Kandydata

*Niepotrzebne skreślić
****** Opłata rekrutacyjna podlega zwrotowi wyłącznie w przypadku, gdy:
• kierunek studiów nie został uruchomiony,
• została wniesiona podwójna opłata za ten sam kierunek studiów,
• kandydat zrezygnował z uczestniczenia w procesie rekrutacyjnym przed zakończeniem procesu rejestracji elektronicznej
• kandydat podczas procesu rejestracji nie dokonał wyboru kierunku studiów, bądź nie uzupełnił punktów stanowiących podstawę przyjęcia na dany kierunek.
Wniosek należy przesłać drogą elektroniczną na e-mail: rekrutacja@sum.edu.pl