## Warszawa, dnia .......... / .......... / .................... roku

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

 *(imię i nazwisko)*

 W przypadku nieuruchomienia ................................ edycji Podyplomowego Studium ...................................................................................................................................................................................................... proszę o zwrot wpłaconej przeze mnie opłaty w wysokości ....................................... złotych (słownie złotych: ...........................................................................................................................................................) w formie\*:

**[ ] przelewu bankowego na konto bankowe:**

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

 *(właściciel konta)*

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

 *(nazwa baku, oddział)*

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

 *(numer rachunku)*

**[ ] przekazu pocztowego:**

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

 *(imię i nazwisko odbiorcy)*

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

 *(adres odbiorcy)*

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

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

 *(czytelny podpis)*

*\* właściwe zakreślić krzyżykiem*