## 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*