

CHORZÓW, DNIA

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES:

.....

.....

PESEL:																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL.KONTAKT:

E-MAIL:

DR

KRZYSZTOF KOJ

DZIEKAN

WYDZIAŁU ZAMIEJSCOWEGO

W CHORZOWIE

WYŻSZEJ SZKOŁY BANKOWEJ

W POZNANIU

DOTYCZY: PRZENIESIENIE

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZENIESIENIE DO WYDZIAŁU
ZAMIEJSCOWEGO W CHORZOWIE WYŻSZEJ SZKOŁY BANKOWEJ W POZNANIU Z (nazwa
macierzystej Uczelni)..... NA

KIERUNEK:

SPECJALNOŚĆ:

SYSTEM:

SEMESTR:, W ROKU AKADEMICKIM

PODPIS

ZAŁĄCZNIKI:

- ZGODA DZIEKANA MACIERZYTEJ UCZELNI NA PRZENIESIENIE
- WYKAZ OCEN Z POPRZEDNIEJ UCZELNI