

WSKINOZ

WYŻSZA SZKOŁA KOSMETYKI
I NAUK O ZDROWIU
W ŁODZI

.....
(Imię i nazwisko)

Łódź,

.....
(Adres)

.....
(Rok studiów, semestr, system studiów)

.....
(Numer albumu)

.....
(Numer telefonu kontaktowego)

**Do Kanclerza
Wyższej Szkoły Kosmetyki
i Nauk o Zdrowiu w Łodzi**

Podanie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydłużenie terminu opłaty za czesne w WSKiNoZ w Łodzi w roku akademickim za miesiące do dnia

Powód:

.....

.....

.....

.....

(Data i czytelny podpis studenta)

Decyzja Kanclerza

