

Poznań, dnia .....

.....  
imię i nazwisko, nr albumu

.....  
semestr i kierunek studiów

tryb stacjonarny/niestacjonarny\*

.....  
telefon

**Kanclerz  
Wyższej Szkoły Zawodowej  
„Kadry dla Europy”  
w Poznaniu**

Dot.: zmianę terminu płatności

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na zmianę terminu płatności z dnia ..... każdego miesiąca na dzień..... każdego miesiąca w roku akad. 20...../20..... .

Uzasadnienie: .....

-----  
Podpis studenta

Zaległości finansowe: .....

-----  
Kwestura

**Decyzja Kanclerza:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*. Ustalam termin płatności na dzień .....

Uzasadnienie: .....

Poznań, dnia .....

-----  
Podpis i pieczęć kanclerza

---

\* Niepotrzebne skreślić