

Warszawa dnia,

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
kierunek i rok studiów

.....
data wpływu do dziekanatu

WNIOSEK o indywidualny termin płatności

Wnioskuje o ustalenie indywidualnego terminu płatności w związku z ubieganiem się o kredyt na studia medyczne. Jednocześnie informuję, że transza kredytu, o którą się ubiegam, wynosi PLN/semestr.

.....
data i podpis studenta

ROZSTRZYGNIECIE DZIEKANA

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na indywidualny termin płatności.

Ustalam termin płatności różnicy kredytowej do dnia.....
(kolejne płatności będą regulowane zgodnie z umową kredytową)

Określam dodatkowe terminy płatności**:

- I. płatność do dnia
- II. płatność do dnia

.....
data , podpis i pieczęć Dziekana

* niepotrzebne skreślić

** dodatkowe terminy płatności obowiązywać będą wyłącznie w przypadku odmowy przyznania kredytu na studia medyczne