

REKRUTACJA 2023/2024  
Recruitment 2

2023/2024

Kandydat (wnioskodawca) ID: .....

Applicant ID

.....

data  
Date

Nazwisko: .....

Surname

Imię: .....

Name

nr PESEL/paszportu: .....

Passport number

Adres:  
Address

.....

ulica, nr domu/nr mieszkania  
Street, number of block/flat

.....

kod pocztowy, miejscowość  
Postal code, city

To whom:

Senacka Uczelniana Komisja ds. Rekrutacji

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

## WNIOSEK

Application form

Proszę o zwrot kwoty ..... **EUR** wniesionej z tytułu opłaty rekrutacyjnej

Hereby, I kindly request to refund the total amount of ... EUR of recruitment fee that was paid for

Kierunek/poziom/forma studiów: .....

Faculty/Division

**Pieniądże proszę przekazać na rachunek bankowy nr:**

The money should be transferred to bank account

.....

*(UWAGA! W przypadku nie podania numeru rachunku bankowego, przysługująca kwota zostanie wysłana przekazem pocztowym, za pobraniem, na adres Kandydata podany powyżej).*

Dodatkowe informacje: .....

Additional information

.....

.....

**Podpis Kandydata:** .....

Applicant signature

Instruction is provided in e-mail message

Wniosek należy złożyć w Kancelarii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (budynek Rektoratu, parter, pokój nr 9)

lub przesłać drogą pocztową na adres Senackiej Uczelnianej Komisji ds. Rekrutacji podany powyżej.

Opinia UKR:

For official use

data, podpis członka UKR: .....