

data wpływu _____

nr albumu _____

miejsowość, data _____

, dnia __ - __ - __

DANE PERSONALNE

imię / imiona _____

nazwisko _____

DANE TELEADRESOWE

kod pocztowy _____

miejsowość _____

ulica _____

nr domu _____

nr lokalu _____

adres e-mail _____

telefon _____

JM Rektor

Wyższej Szkoły Integracji Europejskiej w Szczecinie

ul. Adama Mickiewicza 47, 70-385 Szczecin

ZGŁOSZENIE NA STUDIA PODYPLOMOWE

Proszę o przyjęcie na studia podyplomowe w zakresie:

informacje o kierunku studiów

na kierunku _____

kierunek _____

prowadzone przez Wyższą Szkołę Integracji Europejskiej w Szczecinie.

oświadczenia

W przypadku przyjęcia mnie na studia podyplomowe zobowiązuję się do uiszczenia opłat związanych z kosztami kształcenia oraz dostarczenia niezbędnych dokumentów (dyplom ukończenia studiów wyższych + 2 fotografie)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych dla celów procesu postępowania kwalifikacyjnego, organizacji zajęć studiów podyplomowych, zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

podpis Kandydata _____

Rachunek bankowy:

22 1240 1864 1111 0000 2205 8805