

PODANIE

NAZWISKO

IMIĘ

Data wpływu i podpis przyjmującego

Proszę o przyjęcie mnie do Kolegium Nauk Medycznych  
na studia pierwszego stopnia na rok akademicki 2017/2018

Data rejestracji w WR

Forma studiów

System studiów

Obszar studiów

KWESTIONARIUSZ

Nazwisko Imiona

Nazwisko rodowe

Imiona rodziców *ojca* *matki*

Data urodzenia *dzień* *miesiąc* *rok* Miejsce urodzenia

Seria i nr dowodu osobistego Pesel

Telefon *stacjonarny* *komórkowy* e-mail

Adres zamieszkania *województwo* *powiat* *gmina*

*kod, miejscowość* *ulica* *nr domu / mieszkania*

Adres do korespondencji (jeśli inny niż wyżej wymieniony) *kod, miejscowość* *ulica* *nr domu / mieszkania*

Pełna nazwa ukończonej szkoły średniej

*miejscowość*

Nr świadectwa dojrzałości z dnia

Organ wydający świadectwo dojrzałości *nazwa okręgowej komisji egzaminacyjnej lub nazwa szkoły (w przypadku „starej matury”)*

Miejsce wydania świadectwa dojrzałości *miejscowość*

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych oraz dostarczonych dokumentów dla potrzeb Uczelni, stosownie do ustawy z dn. 29.08.97r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 97r., poz. 883 z późniejszymi zmianami).

Jestem świadomy, że mój stan zdrowia pozwala na studiowanie na zadeklarowanym kierunku lub obszarze studiów.

*data i podpis kandydata*

## ZAŁĄCZNIKI:

1. Fotografia o wymiarze 37x52 mm, podpisana czytelnie imieniem i nazwiskiem
2. Świadectwo dojrzałości  kopia  oryginał
3. Kserokopia dowodu osobistego
4. Dowód opłaty rekrutacyjnej: 90 zł (przy składaniu dokumentów)
5. Dowód opłaty wpisowego: 300 zł (przy podpisaniu umowy)

Opłaty dokonuje się na numer konta: **47 1440 1215 0000 0000 0494 1055**

W przypadku nie podpisania umowy o studia, wyrażam zgodę na odesłanie dokumentów pocztą

Potwierdzam odbiór dokumentów

*data i podpis kandydata*

*data i podpis kandydata*