***Žiadosť o vrátenie uhradeného poplatku /časti poplatku za štúdium – VZOR***

**Meno priezvisko, adresa, kontakt:**

Dekanát

Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU v Bratilsave

Limbová 12

833 03 Bratislava 37

V .................................... dňa.....................

**VEC: Žiadosť o vrátenie poplatku**

Dolu podpísaný /á .......................................................................... žiadam o vrátenie poplatku/časti poplatku, ktorý som uhradil/a dňa .......................... s uvedením variabilného symbolu ........................... vo výške ............... eur.

Poplatok som uhradil/a v súlade so Smernicou č. ................ Slovenskej zdravotníckej univerzity a to pre možnosť absolvovať štúdium v zmysle prílohy č. ....../bod ...... tejto smernice.

Vzhľadom k tomu, že v súlade s čl. ........ bod ......... spĺňam podmienky pre vrátenie poplatku/časti poplatku, žiadam o jeho poukázanie na č. účtu (IBAN) ................................................................................... vedeného v peňažnom ústave ..................................................... .

Za vyhovenie žiadosti ďakujem.

............................

**Podpis žiadateľa**

**Vyjadrenie dekana** fakulty (odporúčam, neodporúčam):

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Rozhodnutie kvestora** univerzity:

.......................................................................................................................................................