

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

Meno priezvisko, adresa, kontakt:

Dekanát
Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych
odborných štúdií SZU v Bratislave
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:

.....