Data: ……………………

………………………………………………………..

imię i nazwisko

………………………………………………………..

adres do korespondencji

**Dziekan Wydziału** ……………………………….

**Akademii Medycznych i Społecznych
Nauk Stosowanych**

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA STUDIA Z INNEJ UCZELNI NA ZASADZIE PRZENIESIENIA
Z INNEJ UCZELNI**

Na podstawie § 30 Regulaminu studiów Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych z dnia
18 kwietnia 2025 roku proszę o przyjęcie mnie na studia w Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych na zasadzie przeniesienia z :

……………………………………………………………………………………………………………………….

nazwa uczelni

Wydział:……………………………………………………………………………………………………………..

Kierunek:…………………………………………………………………………………………………………….

Semestr:……………………………………………………………………………………………………………...

Na kierunek:…………………………………………………………………………………………………………

Semestr:……………………………………………………………………………………………………………...

Studia:………………………………………………………………………………………………………………..

Proszę o określenie warunków studiowania. Jestem poinformowany/na o zasadach płatności wynikających
z Zarządzenia Rektora w zakresie opłat za studia.

………………………………………

 podpis