Kraków, dnia ................................................

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

*(imię i nazwisko)*

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

*(rok studiów i kierunek/specjalność studiów)*

*stacjonarne/niestacjonarne*

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

*(nr albumu)*

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

*(adres zamieszkania i adres do korespondencji*

*jeżeli jest inny)*

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

*(nr telefonu/adres mailowy)*

**Szanowny Pan**

**dr hab. Ewa Bogacz-Wojtanowska, prof. UJ
Dziekan Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej**

**Wniosek o zmianę warunków płatności za studia**

Zwracam się z prośbą o zmianę warunków płatności za studia na kierunku

………………………………………………………………………………………..

w semestrze……….… w roku akademickim ……………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kwota** | **Waluta** | **Tytuł zobowiązania\*** | **Termin płatności**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\**podać tytuł płatności: czesne, powtarzanie przedmiotu*

Jako rozwiązanie proponuję:

1. Odroczenie terminu spłaty całego ww. zobowiązania do dnia ……….
2. Spłatę całego ww. zobowiązania wg następującego harmonogramu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr raty** | **Kwota** | **Waluta** | **Tytuł zobowiązania** | **Termin płatności (umowa)** | **Proponowany termin zapłaty** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Brak terminowej spłaty całości lub części ww. należności skutkuje wymagalnością całego świadczenia na zasadach określonych dotychczas w umowie nr ……………………..

**UZASADNIENIE**

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

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

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

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

*(czytelny podpis studenta )*

**Załączniki potwierdzające argumenty przedstawione w uzasadnieniu:**

1.

**ROZSTRZYGNIĘCIE:**

W odpowiedzi na Pani/Pana wniosek z dnia …………. ***wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na zmianę warunków płatności kwoty ……… z tytułu ………………….. w roku akademickim …………… w semestrze …………… w następujących kwotach i terminach.

1. Odroczenie spłaty całego zobowiązania do dnia ………..
2. Spłatę zobowiązania wg następującego harmonogramu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr raty** | **Kwota** | **Waluta** | **Tytuł zobowiązania** | **Termin płatności (umowa)** | **Wyznaczony termin zapłaty** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Brak terminowej spłaty całości lub części ww. należności skutkuje wymagalnością całego świadczenia na zasadach określonych dotychczas w umowie nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

W przypadku przyjęcia powyższych warunków proszę o pisemne potwierdzenie w dolnej części formularza i dostarczenie go do właściwego dziekanatu w terminie 7 dni od doręczenia. W przypadku niedostarczenia pisemnego potwierdzenia, obowiązują dotychczasowe warunki płatności za studia określone w umowie.

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

*(data, podpis)*

**POTWIERDZENIE:**

*Potwierdzam zapoznanie się z nowymi warunkami płatności przedstawionymi powyżej, akceptuję przedstawione powyżej warunki płatności oraz zobowiązuję się do terminowego regulowania opłat za studia zgodnie z przyjętym porozumieniem.*

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

*(data, podpis studenta )*