

.....
(nazwisko i imię)

Białystok, dn.

.....
(kierunek; nr albumu)

.....

.....
(adres zamieszkania)

Do Rektora
Wyższej Szkoły Medycznej
w Białymstoku

Uprzejmie proszę o uchylenie decyzji o skreśleniu nr
z dnia z powodu niewniesienia opłat związanych z
odbywaniem studiów w roku akademickim

Nadmieniam, iż zaległą opłatę wniosłem/am w dniu

Podpis studenta