

Załącznik 1

....., dnia

(miejscowość)

***Kwestura
Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
ul. Krakowska 9
15-875 Białystok***

**WNIOSEK O WYSTAWIENIE FAKTURY za dokonaną wpłatę
w roku akademickim**

Imię i nazwisko studenta

Adres

Numer albumu

kierunek

specjalność.....

Oплата za : rok akademicki, semestr, miesięczna

(niepotrzebne skreślić)

Dane płatnika:

Nazwa Firmy / Imię nazwisko.....

Adres

NIP

Fakturę odbiorę osobiście / proszę przesłać elektronicznie na adres mailowy/
.....

.....

Podpis wnioskodawcy

Wniosek należy składać w ciągu 3 miesięcy licząc od końca miesiąca, w którym dokonano wpłaty.

Kwestura ,pok. nr 1
Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok
tel. (85) 74-99-455 (435)
Fax: (85) 74-99-431-Sekretariat
e-mail: kwestura@wsmed.pl