Załącznik nr 14

(Imię i nazwisko studenta)

(Nr albumu)

stacjonarne / niestacjonarne*

(tryb studiów)

I II III* rok studia pierwszego / drugiego* stopnia

(rok i rodzaj studiów)

WNIOSEK DOTYCZĄCY WYPŁATY
PRZYZNANYCH NA ROK AKADEMICKI 2024/2025
ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ŚWIADCZEŃ DLA STUDENTÓW WSZ-SW
W POSTACI*:

- ☐ stypendium rektora
- ☐ stypendium socjalnego
- ☐ stypendium socjalnego w zwiększonej wysokości
- ☐ stypendium dla osób niepełnosprawnych
- ☐ zapomogi

Proszę o przekazywania przyznanego świadczenia na mój osobisty rachunek bankowy o numerze:

(data) (pełny podpis studenta)

*) zaznaczyć właściwe