|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (imię i nazwisko) | (miejscowość, data) |
|  |  |
|  |
| (adres zamieszkania) |

**Rektor Wyższej Szkoły Biznesu   
i Nauk o Zdrowiu w Łodzi**

**ul. Piotrkowska 278**

**90-361 Łódź**

**Podanie**

**o przyjęcie na studia podyplomowe**

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na studia podyplomowe w zakresie:

|  |
| --- |
|  |
| (nazwa studiów) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| prowadzonych na Wydziale Nauk o Zdrowiu w trybie niestacjonarnym | | | | | |
| w roku akademickim | 20 | | /20 | |  |
|  |  |  |  |  |  |

Do podania załączam:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Spis dokumentów** | **Pokwitowanie w przypadku odbioru dokumentów przez kandydata** | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  | (data i podpis) |

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wyższą Szkołę Biznesu i Nauk o Zdrowiu   
w Łodzi dla potrzeb rekrutacji oraz w zakresie niezbędnym do realizacji procesu dydaktycznego i organizacji zajęć na studiach podyplomowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o Ochronie Danych Osobowych   
(Dz. U. 2016 poz. 922 z późn. zm.)

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

(podpis)

**Zobowiązanie**

W przypadku przyjęcia mnie na studia podyplomowe w Wyższej Szkole Biznesu i Nauk o Zdrowiu zobowiązuję się do uiszczenia opłaty z tytułu kosztów kształcenia w wysokości: …….……

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

(podpis)