

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany …………………………………………………………………………………………………………,

będąc przyjętym na I rok studiów na kierunku fizjoterapia w Wyższej Szkole Nauk Medycznych
w Warszawie

oświadczam, że wybieram następujący sposób opłaty czesnego z tytułu odbywania studiów:

 jednorazowo czesne za cały rok akademicki w wysokości 8 000 zł

 w dwóch ratach semestralnych w wysokości 4 000 zł każda

 w dziesięciu ratach miesięcznych w wysokości 800 zł każda\*.

Jednocześnie oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, że termin uiszczenia opłaty/pierwszej raty jest nie później niż w ciągu 14 dni roboczych od dnia podpisania umowy o warunkach odpłatności za studia i świadczone usługi edukacyjne na studiach.

…………………………………………….. …………………………………………………….

 (data) (podpis)

\*uwzględniając wzrost czesnego w kolejnych latach nauki zgodnie z umową o warunkach odpłatności za studia
i świadczone usługi edukacyjne.