



Wrocław, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
adres

\_\_\_\_\_  
PESEL\*

\_\_\_\_\_  
telefon/e-mail

**Wydziałowa Komisja Rekrutacyjna  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
Wydziału \_\_\_\_\_  
kierunek studiów \_\_\_\_\_  
forma: stacjonarne / niestacjonarne\*\*  
poziom: jednolite magisterskie / I stopnia /  
II stopnia\*\***

### Wniosek o zwrot opłaty za przeprowadzenie rekrutacji

Proszę o zwrot kwoty wniesionej dnia ..... w wysokości ..... PLN  
(słownie:.....)

z tytułu opłaty za przeprowadzenie rekrutacji, ze względu na:\*\*

- 1) nieuruchomienie kierunku studiów,
- 2) niedopłaty,
- 3) nadpłaty,
- 4) wniesienia opłaty za przeprowadzenie rekrutacji po terminie określonym w harmonogramie rekrutacji.

Zwrot opłaty za przeprowadzenie rekrutacji proszę przekazać w formie przelewu na wskazany niżej numer rachunku bankowego:

Załącznik:  
dowód wniesienia opłaty za przeprowadzenie rekrutacji.

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis kandydata

**UWAGA! Wniosek należy złożyć do Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej w terminie do 30 października br.**

Wypełnia Wydziałowa Komisja Rekrutacyjna:

\_\_\_\_\_  
(data przyjęcia wniosku)

Wniosek rozpatrzono:  
pozytywnie/negatywnie \*\*

\_\_\_\_\_  
uzasadnienie

\_\_\_\_\_  
(data i podpis członka WKR)

\_\_\_\_\_  
(data przekazania wniosku do działu finansowego)

\* w przypadku braku nr PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę, serię i numer dokumentu oraz kraj wydania

\*\* Niepotrzebne skreślić