

.....  
(imię i nazwisko)

....., dn. .... 20 ..... r.

.....  
(adres stałego zameldowania)

.....  
(adres e-mail)

.....  
(telefon)

**Dziekan  
Wydziału Farmaceutycznego  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**Podanie  
o przyjęcie na studia podyplomowe**

Proszę o przyjęcie mnie na 2-semestralne studia podyplomowe „Studia uzupełniające dla Osób Wykwalifikowanych” prowadzone na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w roku akademickim: 2023/2024 (5 edycja).

.....  
(podpis kandydata)

**Do podania załączam:**

- Kwestionariusz osobowy
- Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły wyższej
- Oświadczenie potwierdzające fakt pełnienia lub planowania podjęcia funkcji osoby wykwalifikowanej
- Zdjęcie legitymacyjne – 2 szt.

**Zobowiązanie**

W przypadku przyjęcia mnie na studia podyplomowe w UM we W-wiu, zobowiązuję się do:

- zawarcia umowy o warunkach odpłatności za świadczenie usług edukacyjnych:
  - dwustronna umowa\*
  - trójstronna umowa\*
- uiszczenia opłaty z tytułu kosztów kształcenia:
  - jednorazowo w wysokości 10 560 zł w terminie określonym w umowie\* lub
  - semestralnie w wysokości 5 280 zł w terminie określonym w umowie\*

.....  
(podpis kandydata)

\* niepotrzebne skreślić