



Szkoła Policealna Studium Pracowników Medycznych i Społecznych

78-600 Wałcz, ul. Kilińszczaków 59

Tel.: 501 763 727

Fax: 58 302 49 71

walcz@oswiatalingwista.eu, www.szkołymedyczne.eu

.....
(imię i nazwisko)

Wałcz, dnia

.....
(adres)

.....

DEKLARACJA

Niniejszym deklaruję swój udział w zajęciach **Szkoły Policealnej Studium Pracowników Medycznych i Społecznych**, szkole o uprawnieniach szkoły publicznej.

Zobowiązuję się do:

- uiszczenia czesnego za każdy miesiąc najpóźniej do 10-tego dnia każdego miesiąca,
- pisemnego (podanie złożone i potwierdzone w sekretariacie lub listem poleconym) powiadomienia o zaprzestaniu uczestniczenia w zajęciach Studium.

Wyrażam zgodę na:

- kwartalną waloryzację czesnego w wysokości wskaźnika wzrostu utrzymania publikowanego przez GUS.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- wpisowe nie podlega zwrotowi,
- nieobecność na zajęciach nie zwalnia z konieczności uiszczenia czesnego,
- skreślenie z listy uczniów następuje na podstawie uchwały Rady Pedagogicznej po zakończeniu semestru,
- prawo uczestniczenia w zajęciach przysługuje uczniowi po opłaceniu czesnego.

Kopię deklaracji otrzymałem/am:

.....
(czytelny podpis)