



## Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

*ul. Mickiewicza 29, 40-085 Katowice  
tel. (32) 207 27 00, fax (32) 207 27 05*

*[www.swsm.pl](http://www.swsm.pl)*

.....  
(czytelnie imię i nazwisko)

.....  
(numer albumu lub data urodzenia  
jeśli numer nie został jeszcze nadany )

### **Deklaracja sposobu wnoszenia opłat**

1. Deklaruję sposób wnoszenia czesnego (zakreślić wyłącznie jeden sposób):

- Oplata w 2 zaliczkach w roku** (czesne będzie wnoszone z góry za każdy semestr - w terminie do 10 października w semestrze zimowym i do 10 marca w semestrze letnim)
- Oplata w 10 zaliczkach w roku** (czesne będzie wnoszone w dziesięciu miesięcznych zaliczkach płatnych do 10- go dnia każdego miesiąca za wyjątkiem miesięcy sierpnia i września)
- Oplata w 12 zaliczkach w roku** (czesne będzie wnoszone w dwunastu miesięcznych zaliczkach płatnych do 10- go dnia każdego miesiąca)

2. Przyjmuję do wiadomości, że mogę dokonać zmiany wybranego sposobu wnoszenia opłat na początku każdego roku akademickiego nie później niż do 1 października.

3. Zmiana wybranego sposobu wnoszenia opłat wymaga przesłania nowej deklaracji w wersji elektronicznej na adres e-mailowy: [kwestura@swsm.pl](mailto:kwestura@swsm.pl) (podstawą przyjęcia deklaracji jest otrzymanie e-maila zwrotnego)

.....  
(podpis)