

.....
(nazwisko i imię)

Data

.....

.....
(adres stałego zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Kierownik
Działu Zakwaterowania Studentów**

W N I O S E K

Proszę o zwrot opłaty rezerwacyjnej przelewem na konto w banku:

..... numer konta

Zapoznałem się i akceptuję postanowienia Regulaminu przydzielania miejsc w domach studenckich WAT na rok akademicki 2018/2019*.

.....

(czytelny podpis)

**-nie zaznaczenie, uniemożliwia rozpatrzenie wniosku*