



## Szkoła Policealna Studium Pracowników Medycznych i Społecznych

02-101 Warszawa, ul. Grójecka 93

Tel: +48 510 036 706

info@oswiatalingwista.eu, www.szkolymedyczne.eu

.....  
(imię i nazwisko)

Warszawa, 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)