

PODANIE O PRZYJĘCIE NA STUDIA

Proszę wypełniać formularz podania wielkimi literami

Proszę o przyjęcie mnie na pierwszy rok studiów podyplomowych w Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I w Poznaniu w roku akademickim 202.../202...

na studia:

<input type="checkbox"/> podyplomowe*	
Kierunek	Medycyna Estetyczna - Studia dwuletnie
Specjalność	
Tryb	<input type="checkbox"/> niestacjonarny
Stopień znajomości j. ang.	<input type="checkbox"/> zerowy <input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> średniozaawansowany

Dane personalne:	
Nazwisko	
Imiona	
PESEL	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Imię ojca	
Imię matki	
Stan cywilny	
Seria i nr dow. osobistego	
Nazwa państwa, które wydało dok. potw. tożsamość (w przypadku nieposiadania nr PESEL/nr paszportu)	
Obywatelstwo	

Adres zamieszkania:		Adres do korespondencji:	
Kod:			
Miejscowość:			
Ulica/nr domu/lokalu:			
Poczta:			
Tel. domowy		Tel. stacjonarny	
Tel. komórkowy		Tel. komórkowy	
e-mail		e-mail	

Wykształcenie:			
Szkoła wyższa (nazwa Szkoły, ,kierunku, tytuł uzyskany)			
Od:		Do:	

Do podania załączam:

Lp.	Spis dokumentów	
1.	Kopia dyplomu ukończenia studiów medycznych (Wydział Lekarski, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Prawo wykonywania zawodu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Kopia dowodu osobistego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	2 fotografie lub płyta CD	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	Zaświadczenie lekarskie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.	Polisa lekarska	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.	Dowód wniesionej opłaty/opłata na miejscu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....
Data i podpis kandydata

Zobowiązanie

W przypadku przyjęcia mnie na **studia podyplomowe** w Poznańskiej Akademii Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I w Poznaniu, Kierunek Medycyna Estetyczna, studia dwuletnie, zobowiązuję się do uiszczenia opłaty z tytułu kosztów kształcenia:

jednorazowo, płatne do 15 września bieżącego roku.

w dwóch ratach za każdy semestr osobno, płatne odpowiednio do 15 września bieżącego roku i 15 lutego roku następnego.

.....
Podpis kandydata

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji oraz na potrzeby Uczelni zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.)

Zapoznałem/am się i akceptuję następujące warunki:

- Usługi edukacyjne świadczone przez Uczelnię są płatne.
- Kandydat podpisuje z Poznańską Akademią Medyczną Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I w Poznaniu umowę o naukę, która reguluje stosunki prawne studenta z Uczelnią.
- W przypadku rezygnacji opłata za przeprowadzenie rekrutacji nie podlega zwrotowi.
- **Umowa może zostać rozwiązana przez Słuchacza jedynie w sposób określony w umowie, z zachowaniem przewidzianego tam okresu wypowiedzenia.**

.....
Podpis kandydata

* Prawidłową odpowiedź zaznaczyć X

OPINIA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ

.....

PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO
KOMISJI