

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7

ŽÁDOST

o splátkový kalendář školného na akademický rok:

Jméno a příjmení:.....

Bydliště:.....

Obor:.....

Studijní skupina:.....

Důvod žádosti:

Datum:.....

Podpis:.....

Stanovisko ředitele VŠZ, o. p. s.:

ANO

NE

Podpis:.....