



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Žádost o splátkový kalendář pro akademický rok

Příjmení, jméno

Bydliště

Studijní program **Studijní skupina**

Důvod žádosti

.....

.....

Datum:

Podpis:

Stanovisko ředitele:

ANO

NE

Podpis: