Bydgoszcz, dnia r.

**Imię i nazwisko**

**Adres:**

**Kierunek**

**Numer albumu**

**Kwestura CM UMK**

za pośrednictwem

**Prodziekana ds. studenckich Wydziału Lekarskiego CM UMK**

**WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY**

Zwracam się z prośbą o zwrot/rezygnuję ze zwrotu\* nadpłaconej przeze mnie na indywidualne konto studenta kwoty w wysokości………………….., na poniżej wskazany rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  |

właściciel rachunku bankowego...................................................................................................

(imię, nazwisko, adres)

.......................................................................................................................................................

nazwa banku

*(Podpis Dziekana)* (*Podpis studenta)*

\*niepotrzebne skreślić