Wrocław, dnia.........……………….……………

 Dziekanat

Wydziału Lekarskiego

Wniosek

o przekazywanie stypendiów i zapomóg na rachunek bankowy

Nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Imiona …………………………………………………………………………………………………….……………………………….…………

Nr albumu ………………………………... Nr Pesel …………………………………………………………..……………

Adres stałego zameldowania:

kod pocztowy ……………………………………. Miejscowość …………………………………………………….…………………

ulica ……………………………………………………………………..…….……………. nr domu …………………….…………………

Rok studiów …………………………………. Studia: stacjonarne/niestacjonarne \*

Proszę o przekazanie stypendiów oraz zapomóg na konto o numerze:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa banku prowadzącego rachunek)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. 2016, poz. 922 z późn. zm.) oraz przepisami wewnętrznymi obowiązującymi w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów śląskich we Wrocławiu, wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie pomocy materialnej.

………………………………………………… ……………………………………………………………………

 (data) (własnoręczny podpis)

\*/ niepotrzebne skreślić