

Poznań, dn. ....

**Sekcja Należności**

**Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego**

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

Szanowni Państwo,

W związku z nieprzyjęciem na **Studia Podyplomowe Opieka Farmaceutyczna w geriatricii – teoria i praktyka, ed. ....** z powodu braku miejsc, zwracam się z prośbą o zwrot opłaty wpisowej za udział w procesie rekrutacji w wysokości ..... zł (słownie:.....) na moje konto (poniżej).

IMIĘ I NAZWISKO	
NR KONTA kandydata, na który dokonać zwrotu opłaty wpisowej	
NAZWA BANKU	

**Do pisma załączam potwierdzenie przelewu.**

Z poważaniem,

(podpis osoby ubiegającej się o zwrot)

**Adres wysyłki pisma:** Centrum Studiów Podyplomowych, Coll. Maius, p. 003-004, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań lub skan pisma na adres: [podyplomowe@ump.edu.pl](mailto:podyplomowe@ump.edu.pl)