

**Kandydat** (wnioskodawca):

Gdańsk, dnia .....

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

*ulica, nr domu/nr mieszkania*

.....

*kod pocztowy, miejscowość*

**Dział Rekrutacji**  
**Stanowisko ds. Rekrutacji Polskojęzycznej**  
**Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego**  
al. Zwycięstwa 41/42  
80-210 Gdańsk

**PODANIE**  
***o zwrot opłaty rekrutacyjnej***

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwrot kwoty w wysokości ..... PLN

(słownie: .....) )

wniesionej z tytułu opłaty rekrutacyjnej dnia .....

Numer formularza/y, którego dotyczy zwrot: .....

**Pieniądze proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:**

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

**Dane właściciela konta:**

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

**Uzasadnienie prośby:**

- opłata nieprzypisana do żadnego formularza, tj. wolne środki (wolne środki mogą być wynikiem dokonanej nadpłaty i/lub potwierdzenia wpłynięcia opłaty po zamknięciu okresu składania aplikacji)
- rezygnacja w formie pisemnej z rekrutacji przed upływem terminu rejestracji - zamknięciem ERK na daną formę lub kierunek studiów w danym trybie rekrutacji
- opłata została wniesiona przed wprowadzeniem ocen, które są zbyt niskie by można ubiegać się o przyjęcie na dany kierunek studiów
- kierunek nie został uruchomiony
- inne: .....

**Podpis Kandydata:** .....

*Podanie należy przesać do Działu Rekrutacji drogą elektroniczną (skan) lub pocztową.*

**Opinia Działu Rekrutacji:**

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

**Data, podpis Kierownika DR:** .....