



PODANIE O PRZYJĘCIE NA STUDIA

Proszę wypełniać formularz podania WIELKIMI literami

Proszę o przyjęcie mnie na pierwszy rok Filologii Angielskiej w Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I w roku akademickim 202.../202... na studia:

<input type="checkbox"/> pierwszego stopnia <input type="checkbox"/> drugiego stopnia <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie <input type="checkbox"/> podyplomowe*											
Kierunek											
Specjalność											
Forma	<input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> niestacjonarna										
Stopień znajomości j. ang.	<input type="checkbox"/> Średniozaawansowany (B1) <input type="checkbox"/> Wyższy niż średniozaawansowany										
I DANE PODSTAWOWE											
Nazwisko											
Imię											
Drugie imię											
PESEL/Z PASZPORTU											
Data urodzenia											
Miejsce urodzenia											
Nazwisko rodowe											
Kraj pochodzenia											
Państwo urodzenia											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Adres zamieszkania:</th> <th style="width:50%;">Adres do korespondencji:</th> </tr> <tr> <td>Kod:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miejscowość:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ulica/nr domu/lokalu.:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Poczta:</td> <td></td> </tr> </table>		Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji:	Kod:		Miejscowość:		Ulica/nr domu/lokalu.:		Poczta:	
Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji:										
Kod:											
Miejscowość:											
Ulica/nr domu/lokalu.:											
Poczta:											
Dane kontaktowe:											
Adres email prywatny											
Tel. stacjonarny											
Tel. komórkowy											
II DANE DODATKOWE											
Imię ojca											
Imię matki											
Nazwisko rodowe matki											
Stan cywilny	<input type="checkbox"/> wolny <input type="checkbox"/> żonaty <input type="checkbox"/> mężatka										
Narodowość											
Obywatelstwo											
Dowód Osobisty nr i seria											
Data ważności											
Dowód osobisty wydany przez											
Źródło utrzymania											
Język komunikacji											
III WYKSZTAŁCENIE											
SZKOŁA ŚREDNIA											
Numer świadectwa											
Data wydania											
Rok ukończenia											
Miejsce wystawienia											
Nazwa szkoły											
Rodzaj matury	<input type="checkbox"/> nowa <input type="checkbox"/> stara										

UCZELNIA WYŻSZA	
Nr dyplomu	
Data wydania	
Data ukończenia	
Miejsce wystawienia	
Nazwa uczelni	
Ukończony kierunek	
Ukończona specjalność	
Inne uczelnie	

Do podania załączam:

Lp.	Spis dokumentów	
1.	Kopia dyplomu ukończenia studiów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Kopia świadectwa dojrzałości	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Płyta CD ze zdjęciem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Zaświadczenie lekarskie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	Dowód wniesionej opłaty/opłata na miejscu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....
Data i podpis kandydata

Zobowiązanie

W przypadku przyjęcia mnie na **studia** w Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I zobowiązuję się do uiszczenia opłaty z tytułu kosztów kształcenia:

- jednorazowo
- w ratach miesięcznych

.....
Podpis kandydata

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji oraz na potrzeby Uczelni zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.)

Zapoznałem/am się i akceptuję następujące warunki:

1. Usługi edukacyjne świadczone przez Uczelnię są płatne.
2. Kandydat podpisuje z Poznańską Akademią Medyczną Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I umowę o naukę, która reguluje stosunki prawne studenta z Uczelnią.
3. **Umowa może zostać rozwiązana przez Słuchacza jedynie w sposób określony w umowie, z zachowaniem przewidzianego tam okresu wypowiedzenia.**
4. **W przypadku rezygnacji opłata za przeprowadzenie rekrutacji nie podlega zwrotowi.**

.....
Podpis kandydata

W RAZIE WYPADKU POWIADOMIĆ	
Imię nazwisko	
Telefon kontaktowy	
Adres zamieszkania	
Stopień pokrewieństwa	

W RAZIE WYPADKU POWIADOMIĆ	
Imię nazwisko	
Telefon kontaktowy	
Adres zamieszkania	
Stopień pokrewieństwa	

.....

Podpis kandydata

* Prawidłową odpowiedź zaznaczyć X

OPINIA KOMISJI REKRUTACYJNEJ	
<p>.....</p> <p>PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO KOMISJI</p>	