



Poznań, dnia .....

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/kierunek, rok studiów, numer albumu/

.....  
/numer telefonu/

.....  
/adres e-mail/

WYŻSZA SZKOŁA ZDROWIA, URODY  
I EDUKACJI W POZNANIU

Wyrażam zgodę na doręczanie decyzji i pism w sprawie świadczeń stypendialnych za pośrednictwem komunikacji elektronicznej: wirtualny dziekanat, korespondencja e-mailowa (@stud.wszuie.pl).

.....  
/podpis studenta/