………………………………………

Miejscowość, data

imię i nazwisko ……………………………………..

adres korespondencyjny……………………………..

telefon ……………………………………………….

numer albumu ……………………………………….

kierunek ……………………………………………

**Wniosek do Powiślańskiej Szkoły Wyższej**

**o ponowną ocenę wniosku w sprawie zakwalifikowania do otrzymania stypendium   
w ramach Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych**

Odwołanie od rozstrzygnięcia z dnia ………………………. wydanego w sprawie przyznania stypendium w ramach Działanie 2 Systemu Zachęt.

**UZASADNIENIE:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………

Załączniki:

1)

2)

…………………………………

data i podpis