



ŽÁDOST O ÚPRAVU SPLÁTKOVÉHO KALENDÁŘE ŠKOLNÉHO

VYPLŇUJE STUDENT

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Obor: DIPLOMOVANÁ DENTÁLNÍ HYGIENISTKA

Forma studia: denní kombinovaná

Ročník: 1. ročník 2. ročník 3. ročník 4. ročník

Žádám tímto rozklad/odklad platby školného:

.....

.....

.....

V Praze dne: Podpis:

VYJÁDŘENÍ POVĚŘENÉHO ZAMĚSTNANCE ŠKOLY

Žádosti: vyhovuji nevyhovuji postupuji k dalšímu řešení

Veškerá další opatření se řídí aktuálně platným Školním řádem a právním rámcem ČR.

V Praze dne: Podpis:

Poplatek za podání žádosti o úpravu splátkového kalendáře školného 1000,- Kč zaplacen:

V Praze dne: Podpis: