



PODANIE O PRZYJĘCIE NA STUDIA

Proszę wypełniać formularz podania WIELKIMI literami

Proszę o przyjęcie mnie na pierwszy rok 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"/> zerowy <input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> średniozaawansowany
I DANE PODSTAWOWE	
Nazwisko	
Imię	
Drugie imię	
PESEL/Z PASZPORTU	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Nazwisko rodowe	
Kraj pochodzenia	
Państwo urodzenia	
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	
Paszport	
Data ważności	
Kraj wydania dokumentu	
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	
..... PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO KOMISJI	