



## Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

ul. Mickiewicza 29, 40-085 Katowice  
tel. (32) 207 27 00, fax (32) 207 27 05

[www.swsn.pl](http://www.swsn.pl)

Imię.....  
Nazwisko.....  
Pesel.....  
Kierunek.....

### DEKLARACJA PODJĘCIA NAUKI W ŚLĄSKIEJ WYŻSZEJ SZKOLE MEDYCZNEJ W KATOWICACH

Deklaruję podjęcie nauki w Śląskiej Wyższej Szkole Medycznej w Katowicach od semestru zimowego 2018/2019, na wskazanym przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym kierunku studiów.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Zarządzenia SWSM nr 8A/K/SWSM/2017 z dnia 12 grudnia 2017 r.

**W przypadku odstąpienia od podjęcia studiów zobowiązuję się do wniesienia administracyjnej opłaty rekrutacyjnej w pełnej wysokości ustalonej dla danego kierunku i formy studiów.**

*(przez odstąpienie od podjęcia studiów należy rozumieć: pisemną rezygnację z podjęcia nauki złożoną najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień pierwszych zajęć semestru zimowego tj. do dnia 20 września 2018 r lub niewpisanie na listę studentów spowodowane niedopełnieniem formalności ze strony Kandydata )*

**W przypadku przyjęcia mnie na studia i niepodpisania przez mnie Umowy o świadczenie usług edukacyjnych w terminie 30 dni od dnia pierwszych zajęć, zobowiązuję się do wniesienia jednej pełnej zaliczki czesnego obowiązującej w 10 ratałnym systemie opłat w wysokości ustalonej dla danego kierunku i formy studiów. Jestem świadomy, że niepodpisanie Umowy o świadczenie usług edukacyjnych będzie skutkowało skreśleniem mnie z listy studentów.**

*Konieczność wniesienia wymienionych wyżej opłat wynika z faktu, iż uczelnia na podstawie złożonej deklaracji zobowiązuje się stworzyć warunki umożliwiające podjęcie nauki w szczególności poprzez przygotowanie i wyposażenie odpowiedniej ilości sal wykładowych i pracowni, zatrudnienie wykwalifikowanej kadry naukowo – dydaktycznej, zorganizowanie właściwej obsługi administracyjnej.*

.....  
(data i czytelny podpis kandydata)