

Załącznik nr 2
do Regulaminu
dofinansowania zadań związanych z kształceniem i rehabilitacją leczniczą
studentów niepełnosprawnych
w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koszalinie

Koszalin , dnia

.....
Imię i nazwisko
.....
Kierunek studiów, nr indeksu
.....
Adres
.....
Tel. kontaktowy

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że dojeżdżam na Uczelnię własnym środkiem transportu:

1. marka pojazdu:
2. moc silnika:
3. numer rejestracyjny:

.....

własnoręczny podpis

Załącznik:

1. kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu.