

Załącznik. Formularz zwrotu

**Instytut Kursów i Szkoleń
przy Wielkopolskiej Szkole Medycznej**

ul. 28 czerwca 1956 r. 231/239
61-485 Poznań
tel. 61 843 07 97 lub kom. 722 330 730
e-mail: instytut@wsm.poznan.pl

Proszę o zwrot wpłaty za kurs (wpisać nazwę kursu i datę kursu).

- Data wpłaty
- Kwota wpłaty
- Imię i nazwisko
- Adres

Kurs został opłacony/ dofinansowany przez

Podpis

Data

*Niepotrzebne skreślić