



INSTYTUT NAUK EKONOMICZNYCH POLSKIEJ AKADEMII NAUK

Dział Dydaktyczny:

Pałac Kultury i Nauki Plac Defilad 1, 00-901 Warszawa, pok. 2320 (23 piętro)

Tel/Fax: 22 656 64 31, e-mail: mba@inepan.waw.pl

KARTA ZGŁOSZENIA EXECUTIVE DOCTOR OF BUSINESS ADMINISTRATION (EDBA)

Czy jest Pan/Pani absolwentem studiów
prowadzonych przez INE PAN

TAK **NIE**

data składania kwestionariusza

DANE OSOBOWE

imię/imiona	nazwisko
data i miejsce urodzenia	seria i nr dowodu osobistego
imiona rodziców	PESEL

ukończona uczelnia wyższa	
data ukończenia studiów (DD-MM-RRRR):	
miejsce zatrudnienia	
stanowisko	

ADRES STAŁY	ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli inny niż stały)
ulica i nr domu	ulica i nr domu
kod, miejscowość	kod, miejscowość
tel.	e-mail:

DANE DO FAKTURY:	OŚWIADCZENIE
NIP:	Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych oraz adresu email w celach marketingowych oraz ich umieszczenie w bazie Instytutu zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.) oraz ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144 poz. 1204). Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o prawie wglądu do swoich danych ich poprawiania. Oświadczam, że znane mi jest regulamin studiów i zarządzenie dot. płatności i akceptuję warunki w nich zawarte. Data:, Podpis:
nazwa płatnika:	
adres płatnika, jeśli inny niż stały:	

NALEŻNOŚĆ ZA STUDIA:

Wpisowe - 500 zł	Jednocześnie informuję, że znane są mi poniższe informacje: 1. Wysokość rat oraz terminy ich płatności w danej edycji studiów. 2. W przypadku wezwania przez upoważnionego pracownika Instytutu Słuchacz ma obowiązek przedstawić dowód wpłaty czesnego. 3. W przypadku naruszenia terminu płatności nastąpi naliczanie odsetek zgodnie z wewnętrznymi przepisami. 4. Zgodnie z Regulaminem Studiów Słuchacz może zostać skreślony z listy studentów w przypadku nieuiszczenia w terminie przewidzianych opłat.
płatność jednorazowa	
2 raty - płatność roczna	
4 raty - płatność semestralna	
20 rat - płatność miesięczna	
Zobowiązuję się wpłacić PRZELEWEM na konto : Bank Gospodarstwa Krajowego 36 1130 1017 0020 1471 2920 0001	
data i podpis deklarującego	

WYPEŁNIA PRACOWNIK INSTYTUTU

Zgodność danych z dowodem osobistym potwierdzam.

Warszawa, dnia:

Podpis pracownika: