

....., dnia.....

Formularz rezygnacji z egzaminu

Poziom egzaminu:

Imię i nazwisko osoby rezygnującej ze zdawania egzaminu:

.....

Data urodzenia:

Adres:

Nr dokumentu tożsamości (paszport/karta pobytu):

Proszę o zwrot opłaty na konto bankowe :

nr konta

Dane właściciela konta (imię i nazwisko):

.....

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o kwocie zwrotu za egzamin: osoby, które nie przystąpiły do egzaminu z przyczyn niezależnych od organizatora, mają prawo do zwrotu opłaty za egzamin pod warunkiem pisemnego zgłoszenia tego faktu w poniższych przypadkach:

- ✓ **co najmniej 35 dni przed rozpoczęciem egzaminu** – zwrot 100% opłaty za egzamin;
- ✓ **w terminie 25-34 dni przed rozpoczęciem egzaminu** – zwrot 80% opłaty za egzamin.
- ✓ **Spółeczna Akademia Nauk nie zwraca** wpłaconej kwoty za egzamin w przypadku zgłoszenia rezygnacji z przystąpienia do egzaminu w terminie krótszym niż 25 dni przed dniem rozpoczęcia egzaminu.

.....

(odręczny podpis - imię i nazwisko)