

WYŻSZA SZKOŁA EKOLOGII I ZARZĄDZANIA

**W WARSZAWIE**

*00 – 792 warszawa, ul. Olszewska 12, tel. (22) 825-80-32/33, fax (22) 825-80-31*

[*rektorat@wseiz.pl*](mailto:rektorat@wseiz.pl)*;* [*www.wseiz.pl*](http://www.wseiz.pl)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE**

**WYPŁATY STYPENDIUM PROGRAMU ERASMUS PLUS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię:** |  |
| **Numer albumu:** |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **E-mail:** |  |

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wypłacanie mi stypendium Programu Erasmus w formie przelewów na konto:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Adres banku:** |  |
| **Kraj banku:** |  |
| **Kod SWIFT/BIC** |  |
| **Właściciel rachunku bankowego:** |  |
| **Adres właściciela rachunku bankowego podany w umowie z bankiem:** |  |
| **Pełen numer rachunku bankowego w formacie IBAN:** |  |
| **Waluta rachunku** |  |

Zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Kwestury oraz Uczelnianego Koordynatora Programu Erasmus w WSEiZ o zmianie lub zamknięciu ww. rachunku w czasie obowiązywania umowy na wyjazd w ramach Programu Erasmus Plus. W przypadku nie wywiązania się z powyższego zobowiązania pokryję wszelkie koszty związane z ewentualnymi przelewami na ww. konto.

Warszawa, dnia ……………………………. …………………………………………………

*Miejsce i data Podpis studentki/studenta*