

# PROSIMY WYPEŁNIAĆ CZYTELNICIE

.....  
(miejsowość, data)

**Do:**  
STUDIUM DOKTORANCKIEGO  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,  
90-647 Łódź, Plac Halera 1  
tel: 0-42 639-31-84, fax: 0-42 639-31-85  
e-mail: [studium@umed.lodz.pl](mailto:studium@umed.lodz.pl)

## Dane wystawcy faktury:

Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
90-419 Łódź, Al. Kościuszki 4  
tel. (042) 639-39-54, fax (042) 630-92-82  
NIP 725-18-43-739, REGON 473 073 308

Uprzejmie proszę o wystawienie faktury VAT za dokonaną opłatę za niestacjonarne studia doktoranckie, w poniżej podanej wysokości:

✓ ..... zł. – wpłata ..... raty za niestacjonarne studia doktoranckie

## **U W A G A !**

**Faktura może być wystawiona wyłącznie na nazwisko właściciela konta, z którego dokonywany jest przelew lub nazwę firmy będącej Płatnikiem, figurujące na dowodzie dokonania przelewu, na kwotę w wysokości dokonanego przelewu, zgodnie z wyciągiem z konta bankowego uzyskanym przez Studium Doktoranckie.**

**ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI, FAKTURY VAT MOGA BYĆ WYSTAWIANE WYŁĄCZNIE W CIĄGU 7 DNI OD DNIA WNIESIENIA OPŁATY**

## Dane do wystawienia faktury:

Pełne brzmienie nazwiska, nazwy firmy Płatnika

.....  
.....

Adres, nr kodu, miejscowość, ulica

.....  
.....

Imię i nazwisko uczestnika studiów doktoranckich .....

Nr NIP Płatnika .....

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć Płatnika