

Wrocław, dnia …………………………………….

**Dziekan ds. Kształcenia**

**dr hab. Witold Kowal, prof. UEW**

**WNIOSEK**

**O WYRAŻENIE ZGODY NA ZAMÓWIENIE USŁUGI EDUKACYJNEJ**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zamówienie usługi edukacyjnej polegającej na przeprowadzeniu zajęć dydaktycznych przez:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa firmy |  | Adres |  | NIP |  |
| Numer telefonu |  | Adres  e-mail |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa przedmiotu | Kierunek (skrót) | Forma studiów (S/N) | Stopień studiów (I/II) | Semestr (1-6) | Typ zajęć (W, ĆW, CK, S) | Nr  grupy | Liczba godzin | Stawka | Język PL/ANG |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Usługa edukacyjna realizowana będzie w okresie od |  | do |  |

Źródło finansowania:

**UZASADNIENIE**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | podpis Menedżera kierunku lub Kierownika jednostki organizacyjnej |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA PROREKTORA DS. STUDENCKICH I KSZTAŁCENIA** jeżeli stawki są wyższe niż określone w Zarządzeniu Rektora |  | **DECYZJA DZIEKANA DS. KSZTAŁCENIA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| podpis i pieczątka imienna  Prorektora ds. Studenckich i Kształcenia |  | podpis i pieczątka imienna  Dziekana ds. Kształcenia |