

Zahtjev za povrat uplaćenih troškova

Ime i prezime pristupnika koji podnosi zahtjev:

OIB pristupnika: _____

Adresa uplatitelja: _____

Molim da izvršite povrat uplaćenih sredstava na broj tekućeg računa

IBAN: HR _____ .

(potpis pristunika/ice)

Administrator studija potvrđuje da je navedeni iznos točan te se može izvršiti povrat.

(za administratora studija)

POTPIS V.D. DEKANA FAKULTETA ZA LOGOPEDIJU
