

WNIOSEK O ZWROT OPŁATY EGZAMINACYJNEJ

Nazwa egzaminu:

Sesja egzaminacyjna (*Proszę zaznaczyć właściwą opcję.*): WIOSNA – LATO – ZIMA

Imię i nazwisko kandydata:

Adres:

Telefon:

E-mail:

Adres do korespondencji:

Proszę o zwrot opłaty egzaminacyjnej:

przelewem na konto (*przelew zostanie dokonany w terminie 7 dni roboczych od otrzymania niniejszego wniosku*)

Nazwa banku:

Numer konta bankowego:

Właściciel konta:

przekazem pocztowym (*przekaz zostanie wysłany na podany adres do korespondencji w terminie 14 dni roboczych od otrzymania niniejszego wniosku*)

Załączam oryginał dowodu wpłaty.

.....
Data

.....
Podpis kandydata

Wypełniony wniosek wraz z oryginałem dowodu wpłaty prosimy przesać lub dostarczyć osobiście na adres:

Centrum Egzaminacyjne Cambridge ESOL
Bell Szczecin
al. Wojska Polskiego 42
70-475 Szczecin

Potwierdzam, że kandydat nie zarejestrował się na egzamin wymieniony przez niego w tym formularzu,

Podpis pracownika Centrum Egzaminacyjnego Bell Szczecin