

Kalisz, dnia.....

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko pracownika / studenta.....

Dział Wydział.....

Specjalność.....tel.....email.....

.

**Akademicki Inkubator Przedsiębiorczości
Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego
w Kaliszu,
ul. Nowy Świat 4, 62-800 Kalisz**

Wniosek o udzielenie pomocy nieodpłatnej

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie pomocy przez AIP PWSZ w Kaliszu w zakresie:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez AIP PWSZ w Kaliszu z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Nowy Świat 4 zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (*Dz.U. 2016, poz. 922*).

Podpis wnioskodawcy