\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczęć nagłówkowa jednostki (Kliniki/Zakładu)

......................................................

Imię i nazwisko opiekuna naukowego

......................................................

Nazwa i adres Kliniki/Zakładu UM,

......................................................

przynależność do Wydziału UM

 Uprzejmie informuję, że podejmuję się opieki naukowej nad Panem / Panią

...........................................................................

w zakresie specjalności ......................................

...........................................................................

oraz będę czuwać nad prawidłowym przygotowaniem warsztatu naukowo-badawczego i nad regulaminowym przebiegiem studiów doktoranckich.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczątka imienna opiekuna naukowego

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis i pieczątka kierownika jednostki

Data, ......................................