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

*/miejscowość, data/*

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

*/pieczęć firmy/*

**Rada Dyscypliny Nauki medyczne   
 Uniwersytetu Jagiellońskiego**

Niniejszym oświadczam, iż koszty przewodu doktorskiego......................................................

*/imię i nazwisko kandydata/*

przyjął*..........................................................................................................................................   
 /nazwa i adres podmiotu przejmującego koszty/*

Szczegółowe warunki zostaną określone w stosownej umowie.

............................................................  
 /*pieczęć i podpis osoby upoważnionej/*