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

  */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/*