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

(pieczęć firmy) (miejscowość, data)

**Dziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**Uniwersytetu Jagiellońskiego**

**Collegium Medicum**

Niniejszym oświadczam, iż koszty przewodu doktorskiego

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( imię i nazwisko wnioskodawcy)

przyjął

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( nazwa, adres, NIP podmiotu przejmującego koszty)

Szczegółowe warunki zostaną określone w stosownej umowie.

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

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)