

.....
(miejsowość, data)

.....
(tytuł zawodowy, nazwisko i imię kandydata)

.....
(dyscyplina naukowa)

**Przewodniczący Rady Naukowej Dyscypliny Nauki Medyczne
Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
Prof. dr hab. n. med. Marcin Mycko**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POKRYCIA KOSZTÓW POSTĘPOWANIA W SPRAWIE NADANIA STOPNIA
DOKTORA**

Niniejszym oświadczam, iż

.....
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej lub osoby pokrywającej koszty postępowania)

zobowiązuje/zobowiązuję się do pokrycia pełnych kosztów, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami., obejmujących: koszty bezpośrednie oraz koszty pośrednie związanych z przeprowadzeniem postępowania w sprawie nadania stopnia doktora

Pani/Pana

(imię i nazwisko kandydata)

Szczegółowe warunki płatności zostaną określone w umowie wraz z kalkulacją kosztów.

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Dane do umowy:

.....
.....
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej lub osoby pokrywającej koszty postępowania)

.....
(w przypadku jednostki organizacyjnej dane osoby reprezentującej)

NIP: REGON: