…………………………………. ……….………, dnia………….…..r.
 *imię i nazwisko*

………………………………….
 *stanowisko, katedra*

………………………………….
 *telefon*

 **Prof. dr hab. Dariusz Grzanka**

 **Przewodniczący Rady Dyscypliny**

 **Nauki Medyczne**

 **Wydział Lekarski, Collegium Medicum**

 **im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy**

 **Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**

Wyrażam zgodę na objęcie funkcji promotora / promotora pomocniczego\*
w postępowaniu o nadanie stopnia doktora Pani/Panu ………………………………………..., na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w dziedzinie Nauk Medycznych i Nauk
o Zdrowiu w dyscyplinie Nauki Medyczne.

 ……………………………………….
 *podpis*

\*niepotrzebne skreślić