…………………………………. ……….………, 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