…………………………………. ……….………, dnia………….…..r.  
 *imię i nazwisko*   
  
………………………………….  
 *stanowisko, katedra*  
  
………………………………….  
 *telefon*

**Prof. dr hab. Paweł Zalewski**

**Przewodnicząca Rady Dyscypliny**

**Nauki o Zdrowiu**

**Wydział Nauk o Zdrowiu, 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 Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w dziedzinie nauk medycznych i nauk   
o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu.

……………………………………….   
 *podpis*

\*niepotrzebne skreślić