…………………………………. ……….………, 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