…………………………………

(miejscowość data)

......................................................

......................................................

......................................................

(dane osobowe)

**Rada Naukowa**

**Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki**

**ul. Rzgowska 281/289**

**93-338 Łódź**

**PODANIE**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na wszczęcie postępowania o nadanie stopnia doktora w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki”.

Przedmiotem mojej rozprawy doktorskiej jest: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………… .

……………………………….

Podpis Kandydata

Wyrażam zgodę

........................................................

Data i podpis Kierownika Kliniki/Zakładu