…………………………………

(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 przeprowadzenie postępowania o nadanie stopnia doktora w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

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

……………………………….

Podpis Kandydata

Wyrażam zgodę

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

Podpis Przewodniczącego Rady Naukowej