…………………………………………

(miejscowość i data)

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

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

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

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

(dane jednostki zatrudniającej)

**Dyrektor**

**Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi**

**OŚWIADCZENIE**

...............................................……………………… zobowiązuje się do pokrycia kosztów\* związanych z prowadzeniem postępowania w sprawie nadania stopnia doktora Pani/Pana …………………………………………….. w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki   
w Łodzi.

W kwocie: ……...………… (słownie: …………………………………….……………….. ).

………………………………………….

Podpis osoby ubiegającej się o uzyskanie stopnia doktora

\* Koszty postępowania w sprawie o nadanie stopnia doktora obejmują:

* wynagrodzenie promotora, promotora pomocniczego oraz recenzentów ustalone w relacji do minimalnej stawki wynagrodzenia zasadniczego profesora zwyczajnego określonego w przepisach o wynagrodzeniu nauczycieli akademickich,
* Koszty administracyjne na poziomie 25% kosztów ustawowych
* delegacje (bilety środków transportu, ew. hotelu),
* wysyłkę dokumentacji,
* inne wydatki, wynikłe w toku prowadzonego postępowania.