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

*(miejscowość, data)*

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

*(tytuł zawodowy, nazwisko i imię doktoranta)*

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

*(dyscyplina naukowa)*

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

*(numer albumu)*

***PROF. DR HAB. N. MED. ARTUR MAZUR***

***PROREKTOR DS. KOLEGIUM NAUK MEDYCZNYCH***

***UNIWERSYTETU RZESZOWSKIEGO***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POKRYCIA KOSZTÓW POSTĘPOWANIA W SPRAWIE NADANIA STOPNIA DOKTORA**

Niniejszym oświadczam, iż

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

( nazwa i adres jednostki organizacyjnej lub osoby pokrywającej koszty postepowania)

zobowiązuje/zobowiązuję się do pokrycia pełnych kosztów, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami., obejmujących: koszty bezpośrednie oraz koszty pośrednie związanych z przeprowadzeniem postepowania w sprawie nadania stopnia doktora

Pani/Pana ………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko kandydata)

Szczegółowe warunki płatności zostaną określone w umowie wraz z kalkulacją kosztów.

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

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

**Dane do umowy:**

…………………..………………………………………………..………

………..…………………………………………………………………..

(nazwa i adres jednostki organizacyjnej lub osoby pokrywającej koszty postepowania)

…………..………………...………………………………………………

(w przypadku jednostki organizacyjnej dane osoby reprezentującej)

NIP: ……………...…………………. REGON: ………………………………..