*załącznik nr 2b do Uchwały RD 65/2024 z dnia 26.06.2024r*

…………………………………................. ……………………............, dnia ……………….  
 *( imię i nazwisko )*  
…………………………………................

*(opiekun naukowy)*

…………………………………................  
 *( nr indeksu, e-mail, telefon )*

**Prof. dr hab. Ewa Żekanowska**

**Kierownik Studiów Doktoranckich**

**na Wydziale Farmaceutycznym,**

**Collegium Medicum**

**im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy**

**UMK w Toruniu**

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia potwierdzającego uzyskanie efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 8 PRK w związku z ubieganiem się o wszczęcie postępowania w sprawie nadania stopnia doktora w dziedzinie nauk medycznych   
i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki farmaceutyczne.   
Temat pracy: …………………………………………………………………………………..........................................  
.....................................................................................................................................................

.....................................................   
 *(podpis doktoranta)*