*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)*