

**Załącznik 1 do komunikatu nr 12/2016**

**Zgłoszenie kandydatury do Komisji Rewizyjnej Samorządu Doktorantów  
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu**

Nazwisko i imię - .....

Rok studiów doktoranckich - .....

Planowany termin kończenia studiów doktoranckich - .....

Miejsce odbywania studiów doktoranckich - .....

.....

Wydział, na którym odbywają się studia doktoranckie - .....

Numer legitymacji doktoranckiej - .....

Data złożenia wniosku

.....

Własnoręczny podpis

.....