

**Zgłoszenie kandydatury do Rady Samorządu Doktorantów
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Submission of candidacy to the Doctoral Candidates' Council
of Poznan University of Medical Sciences**

Nazwisko i imię/Surname and name -

Rok doktoratu/Year of doctorate-

Miejsce odbywania doktoratu (np. Katedra, Zakład, Klinika oraz Wydział)/Place of doctorate (e.g., Department, Clinic and Faculty) -

.....

Dyscyplina nauki medyczne/farmaceutyczne/ nauki o zdrowiu*

Discipline: medical sciences/pharmaceutical sciences/ health sciences*

* Zaznacz właściwe/* Select as appropriate

Numer legitymacji doktoranckiej/ Doctoral ID number -

Data/Date

.....

Podpis/Signature

.....