*załącznik nr 1b do Uchwały RD 65/2024 z dnia 26.06.2024*

…………………………………. ……… .………, dnia………….…..r.  
 *imię i nazwisko*   
  
………………………………….  
 *stanowisko, katedra*  
  
………………………………….  
 *adres*

**Prof. dr hab. ………………………….**

**Przewodniczący Rady Dyscypliny**

**Nauki Farmaceutyczne**

**Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum**

**im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy**

**Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**

Wyrażam zgodę na objęcie funkcji promotora / promotora pomocniczego\*   
w postępowaniu o nadanie stopnia doktora Pani/Panu ………………………………………..., na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w dziedzinie Nauk Medycznych i Nauk   
o Zdrowiu w dyscyplinie Nauki Farmaceutyczne.

Proponowany temat pracy: ……………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………….   
 *podpis*

\*