*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*

\*