# załącznik nr 2

# WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA STACJONARNE STUDIA DOKTORANCKIE

Data złożenia wniosku

 ..........................................

IMIĘ I NZAWISKO: .................................................................

PESEL :………………………………………………………………………………….

***JM***

***Rektor Uniwersytetu Medycznego***

***im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu***

 Proszę o przyjęcie na stacjonarne studia doktoranckie w roku akademickim 2017/2018 na Wydziale ……………………....……………….. Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

w następującej dziedzinie\*:

 **nauk farmaceutycznych**  / **nauk o zdrowiu** / **nauk medycznych**:

w dyscyplinie naukowej\*:

 **medycyna** / **biologia medyczna**  / **stomatologia**

Studia doktoranckie prowadzone będą w Klinice/Zakładzie ....................................................................

...................................................................................................................................................................

pod kierunkiem Pana/Pani .......................................................................................................................

Wybieram następujący zakres egzaminu rekrutacyjnego:

język obcy .....................................................................

(angielski, niemiecki, francuski, rosyjski, inny)

przedmiot kierunkowy .....................................................................

(uszczegółowienie w zależności od dyscypliny nauki np. ginekologia, analityka medyczna, dietetyka, zdrowie publiczne itp.)

 ....................................................

podpis kandydata

\* należy zakreślić właściwą dziedzinę i dyscyplinę naukową