............................................r.

miejscowość, data

imię i nazwisko: **.................................**

nr PESEL: **...............................**

adres zamieszkania:

**.........................................................................................**

nr albumu: **...............................**

Wydział: **...............................**

miejsce realizowania doktoratu (jednostka):

**.........................................................................................**

**Pani**

**dr hab. Michał Karlik**

**Kierownik Studiów Doktoranckich**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**Biuro Szkoły Doktorskiej**

**ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań**

**Wniosek o przedłużenie studiów doktoranckich**

(wniosek musi zawierać uzasadnienie prośby)

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

podpis doktoranta

Załączniki:

1. Opinia promotora
2. ...............................