
Poznań, dnia.....r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Wydział

.....
Rok studiów / forma

.....
Kierunek

.....
Specjalność

OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI PRACY DYPLOMOWEJ

Ja niżej podpisany/a akceptuję jako Promotor
pracę dyplomową przedkładaną przez studenta/kę Poznańskiej Akademii Medycznej
Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I
Pana/Panią

na temat:

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

.....
Podpis Promotora