
Poznań, dniar.

.....
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