

Szczecin, dnia r.

.....
Nazwisko i imię doktoranta - rok studiów doktoranckich

.....
Adres, telefon

.....
Wydział

.....
Imię i nazwisko promotora

**Kierownik studiów doktoranckich
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przedłużenie czasu trwania studiów doktoranckich do dnia r.
Prośbę swoją uzasadniam:

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

.....
własnoręczny podpis doktoranta

Opinia promotora

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

.....
(podpis i pieczęć promotora)

Załączniki: (wymienić jakie)

-
-
-