

**Karta zgłoszenia kandydatury do Komisji Rewizyjnej Samorządu Doktorantów
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

Nazwisko i imię -

Rok studiów doktoranckich -

Planowany termin kończenia studiów doktoranckich -

Miejsce odbywania studiów doktoranckich -

.....

Wydział, na którym odbywają się studia doktoranckie -

Numer legitymacji doktoranckiej -

Data złożenia wniosku

.....

Własnoręczny podpis

.....