Załącznik nr 2

**Oświadczenie o zapewnieniu miejsca realizacji badań naukowych**

Oświadczam, iż zapewniam miejsce wykonywania badań naukowych przez okres czterech lat

w………………………………………………………………………………..…….., z przeznaczeniem dla

*( nazwa jednostki UMB)*

studenta/ki Studiów Doktoranckich ……………………………………………………………….……na

*(imię i nazwisko)*

Wydziale …………………………………………………………………………………….…………………..

*(nazwa wydziału)*

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

……………………………………………… ……………………………………….……………

*Data, pieczątka i podpis przyszłego data, pieczątka i podpis kierownika jednostki,*

*opiekuna naukowego/promotora w której będą realizowane badania*