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*