**Oświadczenie o zapewnieniu miejsca odbycia zajęć dydaktycznych**

Oświadczam, iż zapewniam 90 godzin dydaktycznych rocznie, przez okres czterech lat ……………. :

w formie prowadzenia zajęć dydaktycznych

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

*( nazwa jednostki UMB)*

kandydata/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 w/w godziny dydaktyczne*