................................................. Wrocław ..............................

*Imię i nazwisko Data*

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

*Rok studiów*

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

*Kierunek*

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

*Tryb studiów (stacjonarne czy niestacjonarne)*

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

*Nr indeksu*

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

…………………………………………..

 Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na wykonywanie pracy dyplomowej magisterskiej

w ...............................................................................................................................

 *Nazwa Katedry lub Zakładu*

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

 *Podpis*

……………………….

*Imię i nazwisko promotora*

……………………….

*Podpis i pieczęć kierownika Katedry lub Zakładu*