................................................. 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*