**Załącznik 2 -** Formularz zgłoszeniowy

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY****LX KPM WF WUM kierunek FARMACJA** |
| **Tytuł pracy magisterskiej:** |
| *(proszę podać pełny tytuł pracy magisterskiej)* |
| **Nazwa jednostki zgłaszającej pracę do konkursu**  |
| *(proszę podać pełną nazwę jednostki zgłaszającej pracę do konkursu)*  |
| **Adres e-mail jednostki zgłaszającej** | **Telefon kontaktowy jednostki zgłaszającej** |
|  |  |
| **Adres e-mail bezpośredniego Opiekuna pracy** | **Telefon kontaktowy bezpośredniego Opiekuna pracy** |
|  |  |
| **Imię i nazwisko Autora pracy**  |
|  |
| **Adres e-mail Autora pracy**  | **Telefon kontaktowy Autora pracy**  |
|  |  |
| ***Data i podpis Autora pracy*** |
| ***Identyfikator pracy (przyznaje Komitet Organizacyjny): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .***  |
| ***Data, pieczęć i podpis Kierownika jednostki*** | **Data i podpis Członka Komitetu Organizacyjnego KPM** |