**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** |