

## OŚWIADCZENIE

Pan/Pani .....

*Tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko*

.....

*Jednostka organizacyjna*

jest **pełnomocnikiem** zgłaszającym kandydata w Wyborach do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wskazanym przez następujących członków społeczności Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM (tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko, kod jednostki organizacyjnej, własnoręczny podpis):

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

6. ....

7. ....

8. ....

.....

Warszawa, ..... 2019 r.