

Załącznik nr 2 do Harmonogramu wyborów przedstawicieli nauczycieli akademickich do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## ZGODA KANDYDATA

Ja, niżej podpisany .....

*Tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko*

.....

*Jednostka organizacyjna*

wyrażam zgodę na kandydowanie do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM i oświadczam, że posiadam czynne prawo wyborcze w wyborach do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

.....

*Podpis kandydata*

Warszawa, ..... 2019 r.