

Katowice, dnia.....

.....
(Nazwa i adres instytucji pokrywającej koszt przewodu)

.....
(Imię i nazwisko, stanowisko osoby reprezentującej)

.....
(telefon kontaktowy, e-mail)

ZOBOWIĄZANIE

.....
.....
zobowiązuje się do pokrycia w całości kosztów przewodu doktorskiego

mgr.....

Dane do faktury:

Nazwa.....

adres:.....

NIP:.....

.....
(czytelny podpis)