

Katowice, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres osoby pokrywającej koszt przewodu)

.....

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

ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się do pokrycia w całości kosztów przewodu doktorskiego

mgr.....

Dane do faktury:

imię i nazwisko:.....

adres:.....

PESEL:.....

.....  
(czytelny podpis)