Formularz zgłoszenia pracy magisterskiej na Wydziale Farmaceutycznym

Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

|  |  |
| --- | --- |
| **PLANOWANA DATA OBRONY** |  |
| **DANE STUDENTA***(imię i nazwisko)* |  |
| **KIERUNEK STUDIÓW** |  |
| **KATEDRA/ZAKŁAD** |  |
| **TYTUŁ PRACY MAGISTERSKIEJ** |  |
| **PROMOTOR PRACY***(stopień/tytuł, imię i nazwisko)* |  |
| **RECENZENT** *(stopień/tytuł, imię i nazwisko)* |  |
| **DODATKOWY CZŁONEK KOMISJI***(stopień/tytuł, imię i nazwisko)* |  |
| **PRZEDMIOTY DO****EGZAMINU DYPLOMOWEGO*****pieczęć i podpis promotora*** *potwierdzające wybór przedmiotów*  | Przedmiot wiodący: ……………………………………………………………….......…Przedmiot dodatkowy: ……………………………………………………........………… |