Załącznik nr 2

miejscowość, data …………………

imię i nazwisko ...............................................

adres zamieszkania ...............................................

nazwa podmiotu zatrudniającego kandydata ……………………

OŚWIADCZENIE

W związku z wszczęciem postępowania w sprawie nadania mi stopnia naukowego doktora habilitowanego oświadczam, że koszty tego postępowania pokryje:

…………………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko kandydata lub nazwa podmiotu zatrudniającego kandydata)*

…………………………………………………………………………………………………..

*(adres)*

…………………………………………………………………………………………………..

*(NIP\*)*

…………………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu w umowie\*)*

…………………………………….……..

*data i czytelny podpis*

*kandydata lub osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu*

*\*dotyczy podmiotu zatrudniającego kandydata*