

OŚWIADCZENIE
do wniosku o przyznanie pomocy losowej z funduszu świadczeń pomocy materialnej dla
doktorantów (FŚPMdD)

.....
Imię i nazwisko studenta; PESEL

.....
Adres

.....
Telefon; e-mail

.....
Rok studiów

.....
Nr konta studenta wnioskodawcy

Komisja Stypendialna*
Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. M. Mossakowskiego
Polskiej Akademii Nauk w Warszawie

Oświadczam, że nie pobieram pomocy socjalnej na innym kierunku studiów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)