Załącznik nr 6

dn.

(nazwa i adres podmiotu/nazwisko i imię, adres, osoby fizycznej)

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że (pełna nazwa podmiotu zobowiązującego się do pokrycia kosztów przewodu doktorskiego, REGON, NIP )\*

zobowiązuje się do pokrycia całkowitych kosztów postępowania w sprawie nadania stopnia doktora Pana / Pani

w kwocie

(data, pieczęć\* i podpis osoby uprawnionej)

\*nie dotyczy osób fizycznych