

.....  
(miejsowość, data)

.....  
imię i nazwisko doktoranta,  
dane adresowe, adres e-mail,  
numer telefonu kontaktowego

**Sz. P.**

**Prof. dr hab. Marek Ruchała**

**Kanclerz Kolegium Nauk Medycznych**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**ul. Fredry 10**

**61-701 Poznań**

## WNIOSEK O UMORZENIE PRZEWODU DOKTORSKIEGO

Niniejszym cofam swój wniosek z dnia .....

(data wniosku o wszczęcie przewodu doktorskiego)

i wnoszę o umorzenie postępowania w sprawie nadania mi stopnia naukowego doktora  
na podstawie rozprawy doktorskiej „.....”.

(tytuł rozprawy doktorskiej, imię i nazwisko promotora)

.....  
(data i podpis doktoranta)