*Załącznik nr 2*

Kraków……………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta | |  |
| Nr albumu |  |  |
| Rok studiów/kierunek | |  |
| Numer telefonu | |  |
| email | |  |
|  | **Sz. P.**  **dr hab. Piotr Pierzchalski, Prof. UJ**  **Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa czasopisma: |  | | | |
| Data: | | | Miejsce: | |
| Tytuł pracy: |  | | | |
| Rodzaj wydatków: | | | | **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |
| 1. Kalkulacja kosztów publikacji: | |  | |
| 2. Inne koszty (jakie?): | |  | |
| RAZEM: | | | |  |

……………………………………….

*Podpis studenta*

**Decyzja Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM**

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

……………………………………………

*Podpis Dziekana WNZ UJ CM*

*Załączniki:*

1. Potwierdzenie przyjęcia pracy do publikacji;
2. Opinia opiekuna koła naukowego, do którego należy student lub opinia opiekuna naukowego zatrudnionego na WNZ UJ CM;
3. Opinia Zarządu Studenckiego Towarzystwa Naukowego.