miejscowość, data

ZGODA

Wyrażam zgodę na udział Pani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

w 19. edycji programu stypendialnego L’Oréal Polska *Dla Kobiet i Nauki.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis dziekana lub dyrektora jednostki kształcącej lub zatrudniającej kandydatkę)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(pieczątka)*