**(wzór 1)**

Stopień naukowy imię i nazwisko

Nazwa i adres Kliniki lub Zakładu

 **Prof. dr hab. Jurek Olszewski**

 **Dziekan Wydziału Wojskowo-Lekarskiego**

 **Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

Uprzejmie proszę o wszczęcie postępowania o nadanie tytułu profesora nauk medycznych.

 **Z poważaniem**