**(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**