**INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU,**

**który zatrudni kandydata do Szkoły Doktorskiej**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**biorącego udział w programie „Doktorat wdrożeniowy”**

**PEŁNA NAZWA**

**…………………………………………………………………………………………………**

**ADRES**

**…………………………………………………………………………………………………**

**DANE KONTAKTOWE TELEFON, MAIL**

**…………………………………………………………………………………………………**

**OSOBY UPOWAŻNIONE**

**DO REPREZENTOWANIA FIRMY I PODPISYWANIA DOKUMENTÓW**

**…………………………………………………………………………………………………**

**PRZEDMIOT DZIAŁALNOŚCI PRZEDSIĘBIORCY**

**OKREŚLONY ZGODNIE Z POLSKĄ KLASYFIKACJĄ DZIAŁALNOŚCI (PKD)**

**……………………………………………………………………………………………………………**

………………………………………… ………………………………………………………………………

(data) (podpis osoby upoważnionej)