**WNIOSEK**

**O WYRÓŻNIENIE WYDZIAŁU NAUK MEDYCZNYCH PAN
*Laur Medyczny im. Dr Wacława Mayzla***

1. **WNIOSKODAWCA** (wg Regulaminu)…………………………………………………….

 Adres:……………………………………………………………………………………………….

e-mail: ……………………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………………………………..

**2. PROPONOWANY KANDYDAT(CI) DO WYRÓŻNIENIA**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………

Data urodzenia: …………………………………………...………………………………………

Student/ka uczelni: ………………………………………………………………………………..

Wydział, rok studiów: ……………………………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………………………………………………………….

e-mail: ………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………………………………..

1. **TYTUŁ PUBLIKACJI lub CYKLU PRAC** (z podaniem pełnej informacji bibliograficznej,
tj. tytuł czasopisma, wydawca, rok opublikowania, liczba stron)

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

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

1. **DYSCYPLINA** ……………………………………………………………………………….
2. **CZY PRACA BYŁA JUŻ NAGRADZANA TAK NIE** (niepotrzebne skreślić)

Jeśli tak to przez kogo i kiedy: ………………………………………………………………

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

1. **UZASADNIENIE MERYTORYCZNE** (z uwypukleniem udziału Kandydata/ów w realizacji badań)

…………………………………………………………………………………………..

 Data: ………………………….. ………………………………..

 Podpis wnioskodawcy

**Uwaga: do wniosku powinny być załączone wszystkie załączniki wymienione
w pkt. 5 *Regulaminu przyznawania Lauru Medycznego im. Dr Wacława Mayzla***