miejscowość, data

Nazwa, adres podmiotu

NIP, telefon

**Oświadczenie pracodawcy o przejęciu płatności za przeprowadzenie postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego**

Oświadczam, że …………………………………………………………………………… przejmuje płatność za

Podać nazwę instytucji/firmy

przeprowadzenie postępowania o nadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego w

Uniwersytecie Przyrodniczym w Lublinie Pana/Pani:………………………………………………………………………

Warunki płatności zostaną określone w odrębnej umowie.

……………………………………………..

data i podpis osoby upoważnionej