

/miejsowość, data/
/Nazwa, adres podmiotu/
/NIP, telefon/

Oświadczenie pracodawcy

**o przejęciu płatności za postępowanie ws. nadania stopnia doktora / doktora habilitowanego* w trybie
eksternistycznym**

Oświadczam, że przejmuję płatność za przeprowadzenie postępowania ws. nadania stopnia doktora/doktora habilitowanego* w dyscyplinie sztuki filmowe i teatralne Pana / Pani:

.....

prowadzonego przez Uczelnianą Komisję ds. Stopni w Państwowej Wyższej Szkole Filmowej, Telewizyjnej i Teatralnej im. Leona Schillera w Łodzi.

Warunki płatności zostaną określone w odrębnej umowie.

.....

/data i czytelny podpis osoby upoważnionej/

*niepotrzebne skreślić