

POTWIERDZENIE ZAMIARU PRZYJĘCIA UCZESTNIKA WIZYTY STUDYJNEJ
w ramach projektu pt. „Niewidoczni, niebędący, niezbędni. Administracja uczelni na rzecz doskonałości naukowej” realizowanego przez konsorcjum uczelni w składzie: Uniwersytet Mikołaja Kopernika (lider), Szkoła Główna Handlowa w Warszawie oraz Uniwersytet Społecznohumanistyczny SWPS

UCZESTNIK

Imię i nazwisko	Stanowisko
Uczelnia macierzysta (jednostka organizacyjna i nazwa uczelni)	

UCZELNIA GOSZCZĄCA

Nazwa uczelni		Nazwa jednostki	
Adres uczelni:			
Pobyt na uczelni:	Liczba dni:		Daty: (od - do)

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA UCZELNI GOSZCZĄCEJ

Oświadczam, że Uczestnik może odbyć wizytę studyjną zgodnie z wskazaniem powyżej. Oświadczam, że zapoznałem/am się z planowanym programem wizyty przedstawionym przez Uczestnika.

Data	Przedstawiciel uczelni (imię, nazwisko, stanowisko)	Podpis