ZGŁOSZENIE
KANDYDATA DO RADY NAUKOWEJ
Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej
w wyborach uzupełniających

Imię i nazwisko kandydata ……..……..

Wyrażam zgodę na kandydowanie /podpis/ ……

Imię i nazwisko zgłaszającego Kandydata

……..

Podpis ……

Data zgłoszenia …….

Nr kolejny zgłoszenia ……

Sekretarz Komisji Wyborczej