**(wzór 1)**

Stopień naukowy imię i nazwisko

Nazwa i adres Katedry i Zakładu

 Prof. dr hab. Daria Orszulak-Michalak

 Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Uprzejmie proszę o wszczęcie postępowania o nadanie tytułu profesora nauk farmaceutycznych.