**(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.