

**WNIOSEK**  
**O WYRÓŻNIENIE WYDZIAŁU NAUK MEDYCZNYCH PAN**  
***Laur Medyczny im. Doktora Wacława Mayzla***

**1. WNIOSKODAWCA** (wg Regulaminu) .....

Adres: .....

e-mail: .....

Telefon: .....

**2. PROPONOWANY KANDYDAT(CI) DO WYRÓŻNIENIA**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Student/ka uczelni: .....

Wydział, rok studiów: .....

Adres: .....

e-mail: .....

Telefon: .....

**3. TYTUŁ PUBLIKACJI lub CYKLU PRAC** (z podaniem pełnej informacji bibliograficznej,  
tj. tytuł czasopisma, wydawca, rok opublikowania, liczba stron)

.....

.....

**4. DYSCYPLINA** .....

**5. CZY PRACA BYŁA JUŻ NAGRADZANA**      **TAK**      **NIE**      (niepotrzebne skreślić)

Jeśli tak to przez kogo i kiedy: .....

.....

**6. UZASADNIENIE MERYTORYCZNE** (z uwypukleniem udziału Kandydata/ów w realizacji badań)

.....

Data: .....

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Uwaga: do wniosku powinny być załączone wszystkie załączniki wymienione w pkt. 5 Regulaminu przyznawania Lauru Medycznego im. Dr Wacława Mayzla**