…………………………………………

 data, miejsce

………………………………………………………....

 imię i nazwisko

………………………………………………………….

 jednostka organizacyjna

………………………………………………………….

 telefon, e-mail

 O Ś W I A D C Z E N I E

Autora publikacji dotyczące afiliacji\*

Oświadczam, że publikacja :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tytuł artykułu/rozdziału/monografii

Autorstwa

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko autora(ów)/redaktora(ów)

Zamieszczona w czasopiśmie Current Problems of Psychiatry ………………………………………….....................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

rok, vol., zeszyt, zakres stron

stanowi część dorobku naukowego katedry/kliniki/zakładu:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nazwa jednostki organizacyjnej

Wydziału:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

…………………………………………………………………

 data i podpis

\*W przypadku braku lub więcej niż jednej afiliacji