**S O G L A S J E**

Podpisani kandidat za dekana Medicinske fakultete Univerze v Mariboru:

ime in priimek:

znanstveni naslov:

izvolitev v naziv:

za predmetno področje:

podajam nepreklicno soglasje h kandidaturi za dekana Medicinske fakultete Univerze v Mariboru.

Kraj:

Datum:

Podpis: