

Lublin, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
jednostka organizacyjna

.....  
telefon, e-mail

**O Ś W I A D C Z E N I E**  
**autora publikacji dotyczące afiliacji**  
(w przypadku braku lub więcej niż jednej afiliacji w publikacji)

Oświadczam, że publikacja: .....

.....

.....

tytuł artykułu

autorstwa:

.....

.....

imię i nazwisko autora(ów)

zamieszczona w czasopiśmie: **Polish Journal of Public Health,**

**Year** ....., **Volume** ....., **Number** ....., **Pages** .....-.....,

stanowi część dorobku naukowego Katedry / Kliniki / Zakładu

.....

nazwa jednostki organizacyjnej

Wydziału: .....

Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

.....

data

.....

podpis