**I Z J A V A**

## O PLAČILU ŠOLNINE NA DOKTORSKEM ŠTUDIJU BIOZNANOSTI V ŠTUDIJSKEM LETU 2024/25

Podpisani(a) študent (ka) .............................................................................................

**mladi raziskovalec** DA NE kandidat (ustrezno obkrožite)

če DA, navedite inštitucijo: ………………………………………………………

vpisan(a) v študijskem letu 2024/25 v \_\_\_\_\_\_\_\_\_ letnik *doktorskega študijskega programa Bioznanosti* na znanstveno področje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, izjavljam, da bo plačnik **ŠOLNINE** *(ustrezno obkroži):*

|  |
| --- |
| * **sam(a)**
 |
| * **podjetje**
 |
| * **javni zavod**
 |
| * **drugo**
 |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Točen naslov podjetja, javnega zavoda…, če je plačnik šolnine:\*\*\****

|  |
| --- |
|  |
| *(naslov podjetja oz. zavoda)* |
|  |
| *(Če je plačnik oddelek BF: navedba podatkov projekta, iz katerega bodo kriti stroški prispevkov za študij)* |
| *(sedež podjetja oz. zavoda)* |
|  |
| *(poštna številka in kraj)* |
|  |
| *(davčna številka podjetja oz. zavoda)* |
|  |
| *(naslov za pošiljanje računov, če je različen od sedeža podjetja oz. zavoda)* |

Podpis študenta: Podpis in žig plačnika

 ali nosilca projekta:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_