**I Z J A V A**

## O PLAČILU STROŠKOV DOKTORSKEGA ŠTUDIJA BIOZNANOSTI V ŠTUDIJSKEM LETU 2023/24

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

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

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

vpisan(a) v študijskem letu 2023/24 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:[[1]](#footnote-1)\****

|  |
| --- |
|  |
| *(naslov podjetja oz. zavoda)* |
|  |
| *(oddelek ali katedra – če je plačnik BF)* |
| *(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 :

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

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

1. [↑](#footnote-ref-1)