

ფორმა 2 / Form 2

ავიცენა - ბათუმის სამედიცინო უნივერსიტეტის რექტორს /  
To the Rector of Avicenna - Batumi Medical University

სახელი, გვარი:  
Name, Surname of 1st Author: \_\_\_\_\_  
პირადი N / პასპორტის N:  
ID / Passport No: \_\_\_\_\_  
ელ. ფოსტა:  
e-mail: \_\_\_\_\_  
ტელეფონის ნომერი:  
Phone number: \_\_\_\_\_  
უნივერსიტეტი:  
University: \_\_\_\_\_  
სკოლა/ფაკულტეტი:  
School/Faculty: \_\_\_\_\_  
აკადემიური თანამდებობა:  
Academic Position: \_\_\_\_\_

თანხმობა სამეცნიერო ნაშრომის ხელმძღვანელობის შესახებ  
Consent to the supervision of a scientific work

თანახმა ვარ სამეცნიერო ხელმძღვანელობა გავუწიო  
სტუდენტ(ებ)ს

I do agree to provide scientific supervision to the  
student(s)

სტუდენტ(ებ)ის სახელი, გვარი / Student(s) Name, Surname

სამეცნიერო ნაშრომის მომზადებაში

in the preparation of a scientific paper

სამეცნიერო ნაშრომის სათაური / Title of Scientific

სახელი, გვარი, ხელმოწერა  
Name, Surname, Signature

თარიღი / Date: \_\_\_\_\_