|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  | |
|  | Centrum Obsługi Doktorantów  Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  Office of the Doctoral School at the Medical University of Lodz | |

**UPOWAŻNIENIE**

AUTHORISATION FORM

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE / PERSONAL DATA** | |
| Imię i nazwisko  Name and surname |  |
| Nazwa Szkoły Doktorskiej  Name of Doctoral School |  |
| PESEL  ID Number |  |
| Numer albumu  Student’s ID number |  |
| Numer telefonu  Phone number |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Upoważniam Panią/Pana |  | |
| I hereby authorize Ms./Mr. |
|  | imię i nazwisko / name and surname | |
| który/a legitymuje się dowodem osobistym: | |  |
| ID number: | |
|  | | (numer, seria dokumentu / ID number) |
|  | |  |
| do niżej wymienionych czynności / to act on my behalf in regards: | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………………………….. |  | ………………………………………………………………….. |
| data złożenie pisma i podpis pracownika COD  date of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk signature |  | czytelny podpis Doktoranta  legible Doctoral student signature |