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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Łódź, |  |
|  | data / date |
|  |
|  | Centrum Obsługi DoktorantówUniwersytetu Medycznego w ŁodziOffice of the Doctoral School at the Medical University of Lodz |

**UPOWAŻNIENIE**

AUTHORISATION FORM

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE / PERSONAL DATA** |
| Imię i nazwiskoName and surname |  |
| Nazwa Szkoły DoktorskiejName of Doctoral School |  |
| PESELID Number |  |
| Numer albumuStudent’s ID number |  |
| Numer telefonuPhone 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 CODdate of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk signature |  | czytelny podpis Doktorantalegible Doctoral student signature |