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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Łódź, |  |
|  |  | data / date |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Centrum Obsługi DoktorantówUniwersytetu Medycznego w Łodzi/ Office 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…………………………………………………………………, który/a legitymuje się dowodem osobistym …………………………………….. (numer, seria) do niżej wymienionych czynności:I hereby authorize Ms./Mr. ………………………………………………….….., ID number: …………………………………to act on my behalf in regards:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| data złożenie pisma i podpis pracownika CODdate of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk | czytelny podpis Doktorantalegible Doctoral student signature |