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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 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…………………………………………………………………, 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 COD  date of submitting the form and Doctoral School’s Office clerk | czytelny podpis Doktoranta  legible Doctoral student signature |