

Łódź, \_\_\_\_\_  
data / date

Centrum Obsługi Doktorantów  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi/  
Office of the Doctoral School at the  
Medical University of Lodz

### UPOWAŻNIENIE / AUTHORISATION FORM

Ja, niżej podpisany/a .....,  
legitymujący/a się dowodem osobistym ..... (seria i numer).  
Upoważniam Panią / Pana <sup>(1)</sup> ....., który/a legitymuje  
się dowodem osobistym ..... (seria i numer) do złożenia w moim imieniu  
dokumentów rekrutacyjnych do **Międzynarodowej Szkoły Doktorskiej / Szkoły Doktorskiej  
Medycyny Molekularnej** <sup>(1)</sup> Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

I, the undersigned, .....,  
holder of ID card No. ....., hereby authorize Ms. / Mr. <sup>(1)</sup>  
....., holder of ID card No. .... to act  
on my behalf with regard to the submission of application documents to the **International Doctoral  
School / Doctoral School of Molecular Medicine** <sup>(1)</sup> of the Medical University of Lodz.

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Kandydata  
legible Candidate signature

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić. / Delete as appropriate.