Łódź, dnia…………………

|  |
| --- |
| **Potwierdzam/Nie potwierdzam**\*autentyczność podpisu osoby upoważniającej…………………………………….. (data i pieczątka i podpis pracownika Dziekanatu) |

**Dziekanat Oddziału Nauk Biomedycznych Wydziału Lekarskiego ………………..……………………………………**

 */nazwa/*

**U P O W A Ż N I E N I E**

Ja, niżej podpisana/y …………………………………………………………...........................

*/imię i nazwisko/*

zamieszkała/y w ...........................................................................................................................

 */adres zamieszkania/*

legitymująca/y się dowodem osobistym……………………………………………………......

 /*seria i numer*/

wydanym przez …………………………………………………w dniu ……………………....

 */podać nazwę organu/*

upoważniam Panią/Pana ……………………………………………………………………......

 */imię i nazwisko/*

zamieszkałą/ego w .......................................................................................................................

 /*adres zamieszkania/*

 legitymującą/ego się dowodem osobistym……………………………………………………...

 /*seria i numer/*

wydanym przez ………………………………………………… w dniu ……………………

 */podać nazwę organu/*

do ………………………………………………………………………………..........................

 /*wskazać zakres upoważnienia*/

…………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Do niniejszego pisma załączam upoważnienie notarialne.**

……………………………………………….

 /*podpis osoby upoważniającej/*

**\*Niewłaściwe przekreślić**