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**