Łódź, dnia…………………

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

**Dziekanat Oddziału Nauk Biomedycznych Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

**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/