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/