\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City, date / Miejscowość, data

**AUTHORISATION / PEŁNOMOCNICTWO**

I, undersigned, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name and surname)

Ja niżej podpisana/ny (imię i nazwisko)

holder of ID Card/Passport number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legitymująca/cy się dowodem osobistym/paszportem o numerze ….

issued by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of the authority)

wydanym przez (nazwa urzędu)

hereby authorize Mr./Ms. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(name and surname)

upoważniam (imię i nazwisko)

holder of ID Card/Passport number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legitymującego/cą się dowodem osobistym/paszportem o numerze ….

issued by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of the authority)

wydanym przez (nazwa urzędu)

* to collect my documents from the Medical University of Łódź, in particular:

do odbioru z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi moich dokumentów, w szczególności:

* documents regarding my course of studies, diploma documents (ex. certificates, statements, letters, transcripts...)
dokumentów dot. przebiegu moich studiów (np. Certyfikatów, zaświadczeń, listów, transkryptów…)
* to receive information about my course of studies
do otrzymania informacji dotyczących przebiegu moich studiów

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature (name and surname)

Podpis (imię i nazwisko)