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

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 receive information** about my course of studies
do otrzymania informacji dotyczących przebiegu moich studiów
* **(FOR STUDENTS) 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…)

* **(FOR GRADUATES) 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, dokumenty dyplomowe (np. Certyfikatów, zaświadczeń, listów, transkryptów…)

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

Signature (name and surname)/ Podpis (imię i nazwisko)

I confirm that the document was signed in my presence.

Potwierdzam, że dokument został podpisany w mojej obecności.

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

Signature and stamp of the Dean’s Office employee/ Podpis i pieczęć pracownika Dziekanatu