Kraków, dn. …......................................

….....................................................................

imię i nazwisko studenta

…........................................... ......................

nr albumu   rok studiów

….....................................................................

kierunek, tryb studiów

….....................................................................

adres do korespondencji

…......................................................................

numer telefonu, email

**Dziekanat**

**Wydziału Farmaceutycznego UJ CM**

**Ul. Medyczna 9, 30-688 Kraków**

**Upoważnienie**

Ja, niżej podpisana/y, ………………………………………………………………….…………………………………………….………..…

*(imię i nazwisko)*

**upoważniam** panią/pana\*…………………………………………………………………………………………..….…………………..…

*(imię i nazwisko)*

Legitymującą/ego się dowodem osobistym/paszportem\*……………………………………………….……..……………

*(seria i numer dokumentu tożsamości)*

**do odbioru**……………………………………………………………………………………………………………………….……….………….

*(wskaż rodzaj dokumentu)*

*.*

…………….……………………………….…… (podpis studenta)

|  |
| --- |
| **Adnotacje dziekanatu** |