

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
(wskaz rodzaj dokumentu)

.....
(podpis studenta)

Adnotacje dziekanatu

- niepotrzebne skreślić