

Absolwent:
GRADUATE:
Wydział: Wydział Medycyny i Stomatologii English Program
FACULTY:
Kierunek: Lekarsko-dentystyczny
MAJOR:
Nr albumu:
ALBUM NO.
Nr dyplomu:
DIPLOMA NO.
Tytuł zawodowy: lekarz dentysta
PROFESSIONAL TITLE

U P O W A Ź N I E N I E
AUTHORIZATION
do odbioru dyplomu
FOR COLLECTING THE DIPLOMA

Niniejszym **upoważniam** Panią / a
I HEREBY AUTHORIZE MR/MS

legitymującą / ego się nr
HOLDER OF (PASSPORT/NATIONAL ID) **NO.**

do odebrania w Dziekanacie Wydziału Medycyny i Stomatologii PUM, moich dokumentów (dyplomu, suplementu, itd.)

TO COLLECT FROM DEAN'S OFFICE OF THE FACULTY OF MEDICINE AND DENTISTRY
PUM, MY DOCUMENTS (DIPLOMA, SUPPLEMENT, ETC.)

Szczecin, dnia

SZCZECIN, DATE

(czytelny podpis absolwenta)
READABLE SIGNATURE