

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

UPOWAŻNIENIE
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 Biurze Dziekana Międzywydziałowego Centrum Kształcenia w Języku Angielskim
PUM, moich dokumentów (dyplomu, suplementu, itd.)

**TO COLLECT FROM DEAN'S OFFICE OF THE INTERFACULTY CENTER FOR THE
EDUCATION IN ENGLISH LANGUAGE PUM, MY DOCUMENTS (DIPLOMA, SUPPLEMENT,
ETC.)**

Szczecin, dnia
SZCZECIN, DATE

(czytelny podpis absolwenta)
READABLE SIGNATURE