

Absolwent:
GRADUATE:
Wydział: Wydział Medycyny (English Program)
FACULTY:
Kierunek: Lekarski
MAJOR:
Nr albumu:
ALBUM NO.
Nr dyplomu:
DIPLOMA NO.
Tytuł zawodowy: lekarz
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