

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