

.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(adres)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

.....
(miejscowość, data)

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią / Pana*
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującą się / legitymującego się*

.....
(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

do wypożyczenia mojego materiału (błoczki/preparaty*) z Zakładu
Diagnostyki Patomorfologicznej SU.

* niepotrzebne skreślić

.....
(podpis)