

....., dnia .....  
(miejsowość)

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(rok studiów i kierunek / nazwa studium doktoranckiego\*  
stacjonarne / niestacjonarne\*)

.....  
(nr legitymacji studenckiej / doktoranckiej\*)

### UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana\* ....., legitymująca/ego\* się dowodem osobistym seria ..... numer ....., do odbioru w moim imieniu zaświadczenia potwierdzającego fakt opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne przez Uniwersytet Wrocławski.

.....  
(czytelny podpis studenta / doktoranta\*)

\* niepotrzebne skreślić