

.....  
(miejsowość i data)

### **Upoważnienie**

Ja niżej podpisana/y ..... legitymująca/y się  
dowodem osobistym seria, numer .....  
upoważniam Panią/Pana .....  
legitymująca/ego się dowodem osobistym seria, numer .....  
do załatwiania wszelkich formalności związanych z odbywaniem praktyki w Powiatowym  
Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą  
w Wodzisławiu Śląskim (przekazywanie niezbędnych informacji, dostarczanie oraz odbiór  
dokumentów).

.....  
(czytelny podpis osoby upoważniającej)