

.....

(miejscowość i data)

.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

.....

(adres)

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana*
zamieszkałą/ego*
legitymującą/ego* się dowodem osobistym serianr
do odbioru karty doskonalenia zawodowego:

- ratownika medycznego
- dyspozytora medycznego*

.....

(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić