

.....  
(imię i nazwisko)

....., dnia .....

.....  
(rok, kierunek i tryb studiów /stacjonarne\*/niestacjonarne)

.....  
(nr legitymacji studenckiej)

## UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana.....

legitymującą/ego się dowodem osobistym nr .....do odbioru

w moim imieniu zaświadczenia potwierdzającego opłacanie składek na ubezpieczenie

zdrowotne przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Koninie.

.....  
(czytelny podpis studenta)