

Szczecin dnia;.....

Upoważnienie

Upoważniam Panią/Pana

legitymującego się nr dowodu osobistego.....do odbioru
karty przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego/dyspozytora.

.....

(Podpis osoby upoważniającej)

*niepotrzebne skreślić