............................................

*(miejscowość, data) / (place, date)*

### UPOWAŻNIENIE

*Authorization*

Upoważniam Uniwersytet Medyczny w Białymstoku - Medical University of Bialystok

*I do herewith authorize (nazwa upoważnionej instytucji -name of the authorized institution)*

do podjęcia czynności związanych z uznaniem przez Podlaskiego Kuratora Oświaty mojego świadectwa

*to undertake any actions connected with recognition of my school certificate by President of Podlaski Province School Education Board*

.........................................................................................................................................

*(nazwa świadectwa) / (name of the certificate)*

uzyskanego w ........................................................................................................................

*which I obtained from* *(nazwa szkoły, miejscowość, kraj) / (name of the school, place, country)*

.......................................................................................................................................

oraz do odbioru decyzji.

*as well as to collect the decision.*

.............................................................................

*(podpis właściciela świadectwa)*

*(signature of the owner of the Certificate)*