

Nr Konkursu 7/K/U/2025

Katowice, dnia

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(adres)

.....

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia” 40-057 Katowice ul. PCK 1 Panią Czesławę Brylak - Kozdraś do weryfikacji moich danych w Biurze Informacji Krajowego Rejestru Karnego z Rejestru Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym i sporządzenia stosownego wydruku.

Dane niezbędne do weryfikacji:

Nazwisko :

Imię:

Nazwisko rodowe:

Pesel:

Imię ojca:

Imię matki:

Data urodzenia:

.....

podpis

