



ŚLĄSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY
W KATOWICACH

FOTOGRAFIA
30 x 42 mm

LEGITYMACJA

SŁUCHACZA
UNIwersYTETU
TRZECIEGO
WIEKU

NR
.....
podpis posiadacza

.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkała(ły)

.....
(miejsce zamieszkania)

.....
(data wydania)

.....
(podpis Kierownika UTW)

LEGITYMACJA WAŻNA DO DNIA

..... 20..... r.	 20..... r.	 20..... r.
..... 20..... r.	 20..... r.	 20..... r.
..... 20..... r.	 20..... r.	 20..... r.
..... 20..... r.	 20..... r.	 20..... r.