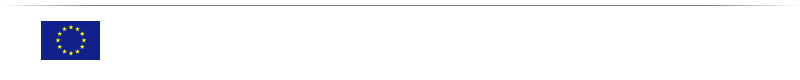
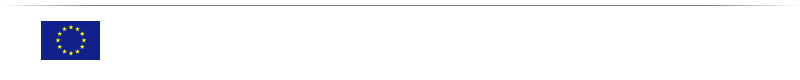
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc i rok:** | | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko cudzoziemca** | **Data, godzina rozpoczęcia konsultacji – godzina zakończenia konsultacji** | **Podpis pracownika DUW** (po wypełnieniu wszystkich pól) | **Imię i nazwisko oraz podpis tłumacza ustnego** | **Język tłumaczenia** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**KARTA TŁUMACZEŃ USTNYCH**

Podpis tłumacza

***Podpis Wykonawcy***