

Barlinek, dnia

PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany:

.....
(imię i nazwisko mocodawcy).....
(adres)

nr dowodu osobistego,

PESEL

udzielam pełnomocnictwa

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika i stopień pokrewieństwa).....
(adres)

(nr telefonu)

nr dowodu osobistego

PESEL)

do reprezentowania mnie przed wszystkimi organami w sprawie dot. skierowania i pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Szpitala Barlinek Sp. z o.o., jak również do odbioru świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłków i innych świadczeń oraz wszelkich pism i korespondencji oraz do składania wszelkich wniosków i oświadczeń, które w zakresie udzielonego pełnomocnictwa okażą się niezbędne.

Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony, a jego odwołanie może nastąpić bez podania przyczyny w każdym czasie.

.....
(podpis mocodawcy)