

.....
(imię i nazwisko mocodawcy)

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

PEŁNOMOCNICTWO

Stosownie do dyspozycji wynikającej z art. 32 i 33 § 1 i 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku (Dz. U. z 2000 Nr 98 poz. 1071 ze zm.) Kodeks postępowania administracyjnego,

niniejszym

udzielam pełnomocnictwa

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

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

do reprezentowania mnie w sprawie dotyczącej skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą sp. z o.o. jak również do odbioru świadczeń emerytalno-rentowych, zasiłków, itp., wszelkich pism i korespondencji oraz składania 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.

.....
(miejsce, data)

.....
(podpis mocodawcy)