Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego

 Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, działającego przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy

………………………………………….

(Imię i nazwisko mocodawcy)

……………………………………………………….

………………………………………….

(adres)

……………………………………………………….

(nr dowodu osobistego, pesel)

# **PEŁNOMOCNICTWO**

Stosownie do dyspozycji wynikającej z art. 32 i 33 S 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku ( Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz.U. z 2000 Nr 98 poz. 1071 ze zm.), 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, działającego przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, jak również do odbioru świadczeń emerytalnorentowych, 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.

(miejscowość, data, podpis mocodawcy)