

.....
(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.

(miejsowość, data, podpis mocodawcy)

