

.....  
*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 2008 Nr98 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 skierowania do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego SP ZOZ w Słupcy jak również do odbioru świadczeń emerytalno-rentowych,zasiłków, itp., wszystkich 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*