Załącznik nr 5

……

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 1960roku (Dz. U. z 2008 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 „Szpitala Powiatowego we Wrześni" Spółka z o.o. jak również do odbioru świadczeń emerytalno – rentownych, 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