

.....
(imię i nazwisko mocodawcy)

.....
(Adres)

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

PEŁNOMOCNICTWO

Stosownie do dyspozycji art. 32 i 33 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 572 ze zm.) Kodeks postępowania administracyjnego, niniejszym

udzielam pełnomocnictwa

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

.....
(adres)

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

do reprezentowania mnie przed organami administracji publicznej w sprawie dot. skierowania i przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Wyrzysku przy ul. 22 Stycznia 41, jak również do odbioru świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłków itp. oraz wszelkich pism i korespondencji oraz do składania wszelkich 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)