opolskie
stowarzyszenie
rehabilitacji

....
imię i nazwisko osoby udzielającej pełnomocnictwa miejscowość, dnia

.....
ulica nr domu/mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon kontaktowy

Opolskie Stowarzyszenie Rehabilitacji
ul. Samborska 15, 45-316 Opole

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/a ..... zwany/a:
imię i nazwisko osoby udzielającej pełnomocnictwa

☐ Podopiecznym
☐ Przedstawicielem Ustawowym Podopiecznego

zamieszkały/a:

.....

.....

(adres z kodem pocztowym)

legitymujący/a się dowodem osobistym: .....
seria i numer

PESEL: .....

udzielam pełnomocnictwa ..... zamieszkały/a:
imię i nazwisko pełnomocnika

.....

.....

(adres z kodem pocztowym)

legitymujący/a się dowodem osobistym: .....
seria i numer

PESEL: .....

do realizacji założeń subkonta ..... zgodnie
imię i nazwisko Podopiecznego

z regulaminem i porozumieniem.

Pełnomocnik nie jest upoważniony do udzielania dalszych pełnomocnictw.

.....
podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa