

Dąbrowa Górnicza, dnia.....

U p o w a ż n i e n i e

Ja, niżej podpisany(a).....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a).....
(dokładny adres zamieszkania)

legitymujący(a) się dowodem osobistym.....PESEL.....
(seria i nr dowodu osobistego)

upoważniam Pana/Panią.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a).....
(dokładny adres zamieszkania)

legitymujący(a) się dowodem osobistym.....PESEL.....
(seria i nr dowodu osobistego)

do odebrania decyzji.....
(nazwa świadczenia)

.....
(czytelny podpis świadczeniobiorcy)

.....
Stwierdzam wiarygodność podpisu* (podpis i pieczęć)

* Upoważnienie do odbioru decyzji powinno zawierać potwierdzenie tożsamości, własnoręczności podpisu wystawiającego upoważnienie przez kierownika bądź pracownika MOPS lub pracownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej w sytuacji przebywania osoby wystawiającej upoważnienie na leczeniu.