

WZÓR

Miejscowość....., 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

/seria i nr dowodu osobistego/

upoważniam mojego/a/.....

stopień pokrewieństwa

/imię i nazwisko/

.....
/dokładny adres/

legitymującego/a/ się dowodem osobistym

/seria i numer dowodu osobistego/

do odbioru należności za

/podać rodzaj przedmiotu ortopedycznego lub środków pomocniczych których dotyczy refundacja/

w Kasie Starostwa Powiatowego w Strzyżowie ul. Przeclawczyka 15, 38-100 Strzyżów

w dniu

.....
/podpis świadczeniobiorcy/