

.....
(imie i nazwisko)

Ostrzeszów, dn.

.....
(adres)

--	--

 -

--	--	--	--

PESEL:

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE / STAŁE *

Ja, niżej podpisany/a legitymujący/a się
(imię i nazwisko)
dowodem osobistym upoważniam do odbioru świadczenia
(numer i seria)
przyznanego przez M-GOPS w Ostrzeszowie :

.....
(rodzaj świadczenia)

.....

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)
legitymującego się dowodem osobistym
(seria i numer)

.....
(podpis)

* Niepotrzebne skreślić