

.....
Imię i nazwisko

.....
.....
Adres zamieszkania

Powiatowy Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Hajnówce

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisana/ny

upoważniam Panią/Pana

do udzielania informacji o moim stanie zdrowia na posiedzeniu składu orzekającego oraz do odbioru korespondencji.

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Seria i numer dowodu osobistego:.....

Adres zamieszkania:

.....

.....
(czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa)