

Biała Podlaska, 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) (męża, żonę, syna, córkę)
(imię i nazwisko)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

legitymujący(a) się dowodem osobistym
(seria i nr dowodu)

do pobrania zasiłku
(stały, okresowy, celowy, pomoc rzeczowa)

za miesiąc w dniu
(podać miesiąc) (data wypłaty podana w decyzji)

Osobiście nie mogę odebrać przyznanego zasiłku z powodu:

.....
(podać przyczyny)

.....

.....

.....
(czytelny podpis świadczeniobiorcy)

stwierdzam własnoręczność podpisu

.....
(stwierdzenie wiarygodności podpisu świadczeniobiorcy przez notariusza
bądź pracownika Zakładu Opieki Zdrowotnej)