

....., dnia.....
(Miejscowość)

.....
Imię i nazwisko lub nazwa mocodawcy

.....
Adres mocodawcy

PEŁNOMOCNICTWO

Upoważniam Panią/Pana
zamieszkałą/ego w przy ul., legitymującą/ego się
dowodem osobistym nr do reprezentowania

.....

.....
(w przypadku osoby fizycznej - imię i nazwisko; w przypadku osoby prawnej lub innej jednostki organizacyjnej - pełna nazwa)

w sprawie **wpisu do rejestru, w sprawach wpisu zmian w rejestrze podmiotów
wykonujących działalność leczniczą** * prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego.

Pełnomocnictwo jest udzielone bezterminowo / do dnia do
złożenie wniosku

(w przypadku pełnomocnictwa do złożenia konkretnego wniosku należy wymienić rodzaj i zakres wniosku).

.....
Imię i nazwisko (własnoręczny podpis upoważnionego)

.....
Imię i nazwisko (własnoręczny podpis mocodawcy
z podaniem pełnionej funkcji)

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Dolnośląski. Przetwarzamy Państwa dane osobowe wyłącznie w celu wykonania zadań Administratora, które wynikają z przepisów prawa oraz zadań realizowanych w interesie publicznym. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia i wniesienia sprzeciwu.

* - *niepotrzebne skreślić*