

....., 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 **wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**
prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego.

Pełnomocnictwo jest udzielone bezterminowo / do dnia do
złożenia wniosku o wykreślenie.

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

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