Załącznik nr 4 do Regulaminu
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
W NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach

.....
(imię i nazwisko pacjenta)
.....
.....
(adres)
.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

PEŁNOMOCNICTWO

Stosownie do dyspozycji wynikającej z art. 32 i 33 § 1 i 2 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 (t.j. Dz.U. 2022, poz. 2000) Kodeks postępowania administracyjnego, niniejszym

udzielam pełnomocnictwa

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika, stopień pokrewieństwa)

.....
(adres)

.....
(nr dowodu osobistego, PESEL)

do reprezentowania mnie przed wszystkimi podmiotami oraz organami, w tym organami administracji publicznej oraz podmiotami leczniczymi w sprawie dotyczącej skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego przy NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o., jak również do odbioru świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłków itp. oraz wszelkich pism i korespondencji oraz do składania wszelkich wniosków i oświadczeń, które w zakresie udzielonego pełnomocnictwa okażą się niezbędne.

Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo zostaje udzielone na czas nieokreślony, a jego odwołanie może nastąpić bez podania przyczyny w każdym czasie.

.....
(miejscowość, data) (podpis pacjenta/pełnomocnika*)

* zaznaczyć właściwe