UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do odbioru na podstawie zlecenia wystawionego na moje dane osobowe Pana/Panią

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię, nazwisko | Pesel / numer dowodu | adres zamieszkania |
|  |  |  |

w firmie Apmed, ul. Świt 47/49, 60-375 Poznań,

Przedmiotem odbioru jest:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa handlowa | Model | Producent |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

w ilości

Upoważniający\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię, nazwisko | Pesel / numer dowodu | adres zamieszkania |
|  |  |  |

Podpis upoważniającego

……………………………

\* świadczeniobiorca lub przedstawiciel ustawowy świadczeniobiorcy (opiekun prawny)