

.....
.....
.....

Szczecin, dnia

UPOWAŻNIENIE

/na czas określony nie przekraczający 3 miesiące/

Upoważniam Pana/Panią legitymującą się
dowodem osobistym Seria Nr wydanym przez
..... do odbioru moich świadczeń rodzinnych
w miesiącach od do r.

.....

/podpis osoby upoważniającej/