

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

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/**