Пълномощно

………………………………………………………………………….…………………… …….… с адрес ………………………………………………………………………….………….… ЕГН: ……………………………….…, ЛК номер …………………………. дата на издаване …………………… , издадена от……………………………..

Упълномощавам,

………………………………………………………………….…………………………… …….… с адрес ……………………………………………………………………………………….… ЕГН: ……………………………….…, ЛК номер …………………………. дата на издаване …………………… , издадена от……………………………..

Със следните права:

1. Да ме представлява и подписва пред Дирекция „ Социално подпомагане” , Български пощи и всички банкови институции във връзка с получаване на документи и парични средства за закупуването на медицински изделия и помощни средства.

Упълномощител: