

UPOWAŻNIENIE
do odbioru orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu
niepełnosprawności/legitymacji/dokumentacji medycznej

Dane osoby zainteresowanej, której dotyczy dokument

Nazwisko i imię : PESEL:
Seria i nr dowodu: wydany przez
Adres zamieszkania :

Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentu

Nazwisko i imię:
Seria i nr dowodu : wydany przez :
Adres zamieszkania:

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby zainteresowanej)