STAROSTWO POWIATOWE W KAMIENNEJ GÓRZE

ul. Wł. Broniewskiego 15
58-400 Kamienna Góra
Tel.: 75 6450 100

Data . . . . . .

……..

……..

……..

(dane przedsiębiorstwa)

P E Ł N O M O C N I C T W O

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko): . . . . . .

adres zamieszkania: . . . . . .

nr PESEL: . . . .

udzielam pełnomocnictwa:

Panu/Pani: . . . . . .

adres zamieszkania: . . . . . .

nr PESEL: . . . . . .……

do dokonania następujących czynności:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .
(podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa)

Opłata skarbowa za pełnomocnictwo 17 zł;