

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU
ul. Słowackiego 74 82-200 Malbork
tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08

..... Malbork, dnia.....
.....
.....
.....
.....
(imię i nazwisko, adres upoważniającego)

UPOWAŻNIENIE

Ja, legitymujący/a się dowodem osobistym
(imię i nazwisko upoważniającego)
.....*) upoważniam Pana/ią
(numer i seria dowodu tożsamości) (imię i nazwisko upoważnionego)
legitymującego/ą się dowodem osobistym*) do:
(numer i seria dowodu tożsamości)

**))

do odbioru świadczeń z funduszu alimentacyjnego w tut. kasie MOPS / w formie przelewu na konto bankowe***)

Upoważnienie ważne jest na okres od do

do złożenia przez Pana/ią wniosku o ustalenie prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego

do reprezentowania mnie przez Pana/ią w sprawach dotyczących świadczeń z funduszu alimentacyjnego

do odbioru następujących dokumentów.....

.....
(data oraz podpis pracownika przyjmującego upoważnienie)

.....
(data i czytelny podpis upoważniającego)

*) należy dołączyć kserokopię dowodu tożsamości

**) właściwe zakreślić znakiem „X”

***) niepotrzebne skreślić