

[•], dnia .....

.....

Imię i nazwisko

.....

PESEL

.....

.....

Adres zamieszkania [•]

(dalej: „Mocodawca”)

### Pełnomocnictwo

Niniejszym upoważniam ....., PESEL..... adres zamieszkania .....(dalej: „**Pełnomocnik**”) do dokonywania w moim imieniu na rzecz Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Wąbrzeźnie,(dalej: „**ZOL**”) prowadzonego przez spółkę Nowy Szpital w Wąbrzeźnie Sp. z o.o., ul. Wolności 27, 87-200 Wąbrzeźno (dalej: „**Spółka**”) comiesięcznej opłaty za pobyt w ZOL.

Powyższe pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika do:

1. opłacania mojego pobytu w ZOL,
2. rozliczenia mojego pobytu w ZOL,
3. otrzymywania od Spółki informacji o ewentualnym zaleganiu z płatności za mój pobyt w ZOL, wezwań do zapłaty,
4. uzyskiwania informacji o stanie moich rozliczeń z tytułu pobytu w ZOL.

W razie wątpliwości niniejsze pełnomocnictwo należy traktować rozszerzająco.

.....

podpis Mocodawcy