Załącznik nr 4 do regulaminu

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisany(a)…………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)…………………………………………………………………………………..

(adres zamieszkania)

PESEL…………………………………………………………………………………………...

wyznaczam swojego pełnomocnika, tj. Panią/Pana……………………………………………..

(imię i nazwisko)

zamieszkałą/zamieszkałego……………………………………………………………………...

(adres zamieszkania)

PESEL…………………………………………………………………………………………

numer konta……………………………………………………………………………………

Oświadczam, że w/w pełnomocnik jest upoważniony do występowania w moim imieniu, a w szczególności do: składania wniosków, oświadczeń i innych potrzebnych dokumentów oraz do odbioru przyznanych mi świadczeń w formie pieniężnej i rzeczowej z funduszu świadczeń socjalnych emerytów, rencistów i nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – byłych pracowników placówek oświatowych oraz instytucjonalnych form opieki nad najmłodszymi dziećmi prowadzonych przez Gminę Łazy.

Odwołanie niniejszego pełnomocnictwa może nastąpić bez podania przyczyny w każdym czasie.

………………………………… ……………………………………..

 (miejscowość, data) (czytelny podpis osoby wyznaczającej pełnomocnika)