……………………….., dn. ...................201.. r.

 (miejscowość)

**UPOWAŻNIENIE**

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

 (imię i nazwisko)

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

 (dokładny adres zamieszkania)

legitymujący(a) się dowodem osobistym .....................................................................................

 (seria i nr dowodu osobistego)

 upoważniam mojego(ą) męża, żonę, syna, córkę,\*......................................................................

 (inny stopień pokrewieństwa)

...........................................................................................................................zamieszkałego(ą)

 (imię i nazwisko) .......................................................................................................................................................

 (dokładny adres)

legitymującego się dowodem osobistym .....................................................................................

 (seria i nr dowodu osobistego)

do odbioru w kasie Starostwa Powiatowego przyznanego mi dofinansowania ze środków

PFRON w okresie ........................................................................................................................

 (podać miesiące, których upoważnienie dotyczy)

Osobiście nie mogę odebrać świadczenia z powodu ...................................................................

.......................................................................................................................................................

 (podać przyczynę)

 ..................................................... .................................................

(potwierdzenie wiarygodności podpisu osoby (podpis osoby, której przyznano dofinan - niepełnosprawnej przez pracownika socjalnego sowanie ze środków PFRON)

bądź pracownika Zakładu Opieki Zdrowotnej)

\* niepotrzebne skreślić