

Legnica, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

UPOWAŻNIENIE

Do odbioru świadczeń rodzinnych/świadczeń z funduszu alimentacyjnego/zasiłku pielęgnacyjnego

UPOWAŻNIAM

Panią/Pana:

zam. LEGNICA ul:

legitymującego/cą się dowodem osobistym nr

Upoważnienie obowiązuje do daty ważności decyzji /do odwołania/* do.....

**niepotrzebne skreślić*

.....
podpis