

Strzelce Opolskie.....

*miejsowość, data*

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*PESEL*

.....  
*Nr dokumentu tożsamości*

.....  
*Adres*

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana/y upoważniam Panią/Pana .....

*/imię i nazwisko/*

zamieszkałą/ego w ....., nr PESEL .....

nr dowodu osobistego..... do zarejestrowania mnie do  
lekarza specjalisty ..... na dzień 17.10.2015 r. w ramach  
organizowanej przez Powiat Strzelecki akcji profilaktycznej „Biała Sobota” edycja trzecia.

.....  
*czytelny podpis*