

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W MALBORKU
ul. Słowackiego 74 82-200 Malbork
tel./fax.: 647-27-81, 647-16-11, 647-16-08

Malbork, dnia

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, adres upoważniającego)

UPOWAŻNIENIE

Ja legitymująca/y się dowodem tożsamości
(imię i nazwisko osoby upoważniającej)

..... upoważniam Panią/a
(numer i seria dowodu tożsamości) (imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymują/cego się dowodem tożsamości do:
(numer i seria dowodu tożsamości)

odbioru moich świadczeń rodzinnych i opiekuńczych w kasie MOPS

Upoważnienie ważne jest na okres od do

złożenia wniosku o ustalenie prawa do świadczeń rodzinnych i opiekuńczych

odbioru kserokopii decyzji przyznającej świadczenia rodzinne i opiekuńcze

odbioru zaświadczenia dotyczącego: pobieranych świadczeń rodzinnych i opiekuńczych /
nie otrzymywania świadczeń rodzinnych i opiekuńczych *

* niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

.....
(data oraz czytelny podpis oświadczającego)