

MIEJSKO - GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W NOWEJ SARZYNIE
ul. Łukasiewicza 2, 37 – 310 Nowa Sarzyna

tel./ fax.: (17) 71 – 78 – 169

....., dnia

/ Miejscowość /

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

(Imię i Nazwisko, adres upoważniającego)

UPOWAŻNIENIE

Jalegitymująca / y się
(imię i nazwisko osoby upoważniającej)

dowodem tożsamości
(numer i seria dowodu tożsamości)

upoważniam Panią / a
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującej / cego się dowodem tożsamości
(numer i seria dowodu tożsamości)

do:

odbioru przyznanej pomocy finansowej w formie :

za miesiąc : 2019 r. w kasie MGOPS w Nowej Sarzynie;

odbioru zaświadczenia dotyczącego:

*

*** odpowiednie zaznaczyć znakiem „ X ”**

.....
(data i podpis prac. socjalnego przyjmującego oświadczenie)

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

Zatwierdzam :
(data oraz podpis Dyrektora MGOPS w Nowej Sarzynie)