**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja……………………………………………………………………………….. niżej podpisana/y legitymujący się dowodem osobistym seria ……...………..…. nr ……………….……………….

wydanym przez……………………………………………….…….. dnia ……………………..….

zamieszkały w ……………………………………………………………………………………...

upoważniam Pana (ią) ………………………………….…………………………………………..

zamieszkałego w ………………………..……..………………..……………………….…............ legitymującego się dowodem osobistym seria …..…………. nr ……………………… wydanym przez……………………….………………………….… do działania w moim imieniu przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w Malborku

 w sprawie przewozu/ ekshumacji zwłok / szczątków .……………..………….…………………………………………………………………………… urodzonej/ego w dniu ……………..……….… zmarłej/ego w dniu……...…..………….……..

……………………………………………

 (data i czytelny podpis)