

**WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM**

pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław,
Orzecznictwo, tel. +48 71 340 69 56, e:mail wzon.wroclaw@duw.pl
Wsparcie, tel. +48 71 340 68 06, e:mail: wsparcie.wzon@duw.pl

.....
(miejscowość i data)

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany
(imię i nazwisko mocodawcy)

zamieszkały/a w
(adres mocodawcy)

numer PESEL

ustanawiam pełnomocnika w osobie:

.....
(imię i nazwisko pełnomocnika)

zamieszkałego/zamieszkałej w
(adres pełnomocnika)

numer PESEL

do reprezentowania mnie: przed Wojewódzkim Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Dolnośląskim w postępowaniu dotyczącym: wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia

Pełnomocnictwo niniejsze obejmuje m.in.: upoważnienie do składania oświadczeń, podpisywania dokumentów w imieniu Mocodawcy, odbioru zawiadomień i decyzji, uzyskanie informacji w zakresie prowadzonego postępowania, dopuszczenie do udziału w czynnościach prowadzonych z udziałem Mocodawcy.

Wszelką korespondencję w zakresie spraw objętych pełnomocnictwem, w tym zawiadomienia, decyzje proszę doręczać wskazanemu wyżej pełnomocnikowi na adres:

.....

Niniejsze pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane. Cofnięcie/unieważnienie pełnomocnictwa wymaga formy pisemnej.

.....
(czytelny podpis mocodawcy)

Oświadczam, że pełnomocnictwo przyjąłem/przyjęłam:

.....

(data i podpis pełnomocnika)