

.....
(imię i nazwisko osoby upoważniającej)

..... data.....
(miejscowość)

.....
(adres)

.....

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Golubiu-Dobrzyniu
ul. Dr J. G. Koppa 1a
87-400 Golub-Dobrzyń**

Pełnomocnictwo

Ja, legitymująca/cy* się dowodem osobistym nr.....
(imię i nazwisko osoby upoważniającej)

.....PESEL....., udzielam pełnomocnictwa
....., legitymującej/cemu* się dowodem
(imię i nazwisko pełnomocnika)

osobistym nrPESEL.....adres do
korespondencji.....
do reprezentowania mnie w postępowaniu administracyjnym dotyczącym ekshumacji
szczątków/zwłok* zmarłej/ego*
pochowanej/ego* na cmentarzu
.....
i przeniesienie ich na cmentarz
.....

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

*niepotrzebne skreślić