

Świnoujście, dnia

Dane Mocodawcy:

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

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam, zamieszkałego
w legitymującego
się dokumentem tożsamości w postaci
nr do odbioru w moim imieniu wyników badań
..... w Państwowej Powiatowej Inspekcji
Sanitarnej w Świnoujściu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/-łam pouczony/-a o obowiązku dokonania
opłaty skarbowej od niniejszego upoważnienia na rachunek Urzędu Miasta
w Świnoujściu.

.....

Podpis Mocodawcy

.....

Seria i numer dokumentu tożsamości