

PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany:.....
legitymujący się dowodem osobistym seria:.....nr.....
wydanym przez:.....
upoważniam Pana(ia):.....
zamieszkałego w:.....
legitymujący się dowodem osobistym seria:.....nr.....
wydanym przez:.....
do działania w moim imieniu przed Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym
w Działdowie w sprawie ekshumacji zwłok/szczątków ludzkich:.....
.....

.....
Data i podpis (czytelny)