

## Pełnomocnictwo

Ja niżej podpisany ..... (nr  
PWZ.....) ..... upoważniam  
..... legitymującego się dowodem osobistym  
seria ..... nr....., nr PESEL ..... do  
odbioru pakietu środków ochrony osobistej.

Jednocześnie oświadczam, że nie będę w jakikolwiek sposób udostępniać,  
wynajmować lub odsprzedawać innym osobom środków ochrony indywidualnej  
otrzymanych od Fundacji „Lekarze Lekarzom” w ramach pomocy humanitarnej  
związanej z epidemią COVID-19.

Miejscowość.....

Data .....

Czytelny podpis .....