

**MIEJSKO - GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W NOWEJ SARZYNIE**  
**ul. Łukasiewicza 2, 37 – 310 Nowa Sarzyna**  
**tel.(17) 71 78 169**

---

....., dnia .....  
/ Miejscowość /

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

( Imię i Nazwisko, adres upoważniającego)

### UPOWAŻNIENIE

Ja .....legitymująca / y się  
( imię i nazwisko osoby upoważniającej )

dowodem tożsamości .....  
( numer i seria dowodu tożsamości )

upoważniam Panią / a .....  
( imię i nazwisko osoby upoważnionej )

legitymującej / cego się dowodem tożsamości .....  
( numer i seria dowodu tożsamości )

do:

odbioru przyznanej pomocy finansowej w formie : .....

.....

za miesiąc : ..... roku w kasie MGOPS w Nowej Sarzynie;

odbioru zaświadczenia dotyczącego: .....

.....\*

**\* odpowiednie zaznaczyć znakiem „ X ”**

.....  
(data i podpis prac. socjalnego przyjmującego oświadczenie)      ( data oraz czytelny podpis oświadczającego)

**Zatwierdzam :** .....  
(data oraz podpis Dyrektora MGOPS w Nowej Sarzynie)