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

…....................................................................................

…....................................................................................

**PEŁNOMOCNICTWO**

Niniejszym udzielamy pełnomocnictwa Lubelskiemu Związkowi Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców z siedzibą w Lublinie, ul. Zbigniewa Herberta 14 do reprezentowania nas we wszelkich sprawach związanych i wynikających z faktu naszej przynależności do Związku oraz związanych i wynikających z faktu prowadzenia przez nas działalności leczniczej, w szczególności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, wobec organów władzy publicznej, administracji rządowej, samorządowej, urzędów, instytucji. Pełnomocnictwo dotyczy również odbierania i składania wszelkich pism i dokumentów oraz udzielania dalszych pełnomocnictw.

Miejscowość, dnia …………………………….