

## PEŁNOMOCNICTWO

Działając w imieniu ..... z siedzibą w  
.....przy ul....., wpisanym do rejestru  
.....Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem  
KRS..... udzielam pełnomocnictwa

Pani/Panu....., zamieszkała/y  
..... /Ew.. stanowisko  
służbowe.....

do wykonywania wszelkich czynności związanych z działalnością Ogólnopolskiego  
Zrzeszenia Szpitali Akredytowanych.