

Warszawa, dnia

(imię i nazwisko wraz ze stopniem naukowym/ zawodowym)

(pełniona funkcja)

PRZYJĘCIE PEŁNOMOCNICTWA

Niniejszym potwierdzam przyjęcie pełnomocnictwa nr z dnia
i zobowiązuję się do wykonywania czynności objętych zakresem pełnomocnictwa zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa.

(czytelny podpis)