

..... r.

(miejsowość i data)

PEŁNOMOCNICTWO DO KORZYSTANIA Z ZFŚS

Ja, niżej podpisany,,
(imię i nazwisko mocodawcy)

legitymujący się dowodem osobistym seria nr.....

wydanym przez

działając w imieniu własnym udzielam niniejszym pełnomocnictwa

panu/pani

(imię i nazwisko pełnomocnika)

legitymującemu/cej się dowodem osobistym seria nr

wydanym przez

do występowania w moim imieniu w sprawie korzystania z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych prowadzonego przez CKZ w Siedlcach.

Jednocześnie proszę o (zaznaczyć właściwe):

przelewanie świadczeń na konto bankowe
osobiste / pełnomocnika* o numerze

		-				-				-				-				-				-			
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

wypłacanie świadczeń gotówką osobie wskazanej w niniejszym pełnomocnictwie

Wyznaczony pełnomocnik pozostaje / nie pozostaje* ze mną w stosunku pokrewieństwa: współmałżonek(a)/ rodzic/ dziecko/ rodzeństwo*

*Nie potrzebne skreślić

.....

(podpis)