

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach
34-100 Wadowice, ul. Karmelicka 5
tel. (33) 872-12-00, fax 823-46-87
NIP 551-21-24-676, Regon 000306466

Wadowice, 12.08.2019r.

ZZOZ / SE / P 47/2019

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisana Beata Szafraniec – Dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach, zamieszkała w Katowicach, ul. Brzozowa 21/8, legitymująca się dowodem osobistym nr CDM 370357 wydanym przez Prezydenta Katowic, udzielam pełnomocnictwa p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Panu Jackowi Pławeckiemu zamieszkałemu w Andrychowie, ul. Żwirki i Wigury 59, legitymującemu się dowodem osobistym nr AUF 225291 wydanym przez Burmistrza Andrychowa, oraz Pani mgr Renacie Mikołajczyk Główniej Księgowej zamieszkałej w Wadowicach os. Kopernika 9/87, legitymującej się dowodem osobistym nr CBN 063232 wydanym przez Burmistrza Wadowic i upoważniam ich do podejmowania decyzji i czynności związanych z kierowaniem ww. jednostką podczas mojej nieobecności w Zakładzie w dniu 14.08.2019r. Do ważności oświadczenia woli złożonego w imieniu Mocodawcy potrzebne jest wspólne złożenie oświadczeń woli przez wszystkich Pełnomocników.

DYREKTOR
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach



Beata Szafraniec

(podpis mocodawcy)

GLÓWNY KSIĘGOWY

mgr Renata Mikołajczyk
p.o. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Wadowicach
lek. Jacek Pławecki
specjalista chirurgii ogólnej
CDM 370353

(przyjmuje pełnomocnictwo)