Powiatowy Lekarz Weterynarii Powiatu Warszawskiego Zachodniego z siedzibą w Ożarowie Mazowieckim	**PEŁNOMOCNICTWO Do reprezentowania strony przed organami Inspekcji Weterynaryjnej**

Dane Mocodawcy - Strony		**Dane Pełnomocnika**
Imię:		Imię:
Nazwisko/Nazwa lub Firma:		Nazwisko:
Stopień pokrewieństwa Mocodawcy i Pełnomocnika*		
Adres zamieszkania/Siedziba:		Adres zamieszkania pełnomocnika:
Kod pocztowy, miejscowość:		Kod pocztowy, miejscowość:
Ulica, nr domu, lokalu:		Ulica, nr domu, lokalu:
WNI:		

Ja, niżej podpisany/a, upoważniam wskazaną osobę jako mojego pełnomocnika, do reprezentowania mnie przed Powiatowy Inspektoratem Weterynarii w Ożarowie Mazowieckim do:
□ następujących czynności/spraw:

_____

_____

_____

_____

Czytelny podpis Mocodawcy – Strony		**Czytelny podpis Pełnomocnika**
…….…. Data podpis		…….…. Data podpis

Opłata skarbowa za pełnomocnictwo w kwocie 17 zł wniesiona w dniu ..... na rachunek Starostwa Powiatowego w Ożarowie Mazowieckim (Nr 51 1090 1056 0000 0001 4916 5048)

…….
Podpis pracownika PIW

*Zwolnienie z opłaty skarbowej jeżeli pełnomocnictwo udzielane jest małżonkowi, wstępnemu, zstępnemu lub rodzeństwu.