

.....
(miejsce i data)

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że ja
(imię i nazwisko Rodzica/Prawnego Opiekuna Podopiecznego/Reprezentanta Placówki)

Prawny Opiekun/Reprezentant Placówki*
(imię i nazwisko Podopiecznego/nazwa Placówki)

Odwołuję upoważnienie do:

- przekazywania informacji o stanie subkonta Podopiecznego;
- decydowania o bieżących sprawach dotyczących Podopiecznego;
- dostępu do dokumentów dotyczących Podopiecznego;

z dnia dla następujących osób:

1)
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego,
.....
adres zamieszkania, telefon kontaktowy, email

2)
Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego
.....
adres zamieszkania, telefon kontaktowy, email

.....
Data przyjęcia dokumentu
i podpis Prezes Fundacji

.....
Czytelny podpis Rodzica/
Prawnego Opiekuna Podopiecznego/
Reprezentanta Placówki

