

## Pełnomocnictwo

Ja niżej podpisany lekarz/lekarz dentysta .....  
(imię i nazwisko)

PWZ nr ..... niniejszym udzielam lekarzowi/lekarzowi dentyście

..... PWZ nr .....  
(imię i nazwisko)

pełnomocnictwa do dokonania w moim imieniu następujących czynności prawnych i faktycznych:

- 1) odbioru środków ochrony indywidualnej otrzymanych od Fundacji „Lekarze Lekarzom” w ramach pomocy humanitarnej związanej z epidemią COVID-19, przekazanych za pośrednictwem Beskidzkiej Izby Lekarskiej, oraz pisemnego pokwitowania odbioru wyżej wymienionych środków,
- 2) pisemnego złożenia w moim imieniu oświadczenia obdarowanego według wzoru wymaganego przez darczyńcę o następującej treści:

**„ Oświadczenie obdarowanego**

***Mając na uwadze wymagania związane ze zwolnieniami z opłat celnych, ja, niżej podpisany lekarz/lekarz dentysta ....., PWZ nr ..... oświadczam, że nie będę w jakikolwiek sposób udostępniać, wynajmować lub odsprzedawać innym osobom środków ochrony indywidualnej otrzymanych od Fundacji „Lekarze Lekarzom” w ramach pomocy humanitarnej związanej z epidemią COVID-19.***

***Niniejszym kwituję odbiór***

- 1) ..... *masek FFP2*
- 2) ..... *masek chirurgicznych*
- 3) ..... *przyłbic*
- 4) ..... *gogli*
- 5) ..... *kombinezonów ochronnych*

***Data .....***

***Podpis .....***”

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis mocodawcy)