**Upoważnienie**

My, niżej podpisani, upoważniamy Kolegę/Koleżankę

……………………………………………………………………………...

do odbioru w naszym imieniu środków ochrony indywidualnej otrzymanych od Fundacji „Lekarze Lekarzom” w ramach pomocy humanitarnej związanej z epidemią COVID-19.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię | Nr prawa wykonywania zawodu | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |