

Pełnomocnictwo do prowadzenia sprawy

(miejsowość, data)

Ja, niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

nr PESEL*

upoważniam Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań, NIP.781-17-72-289, Regon: 300124187 do prowadzenia sprawy związanej z rozliczeniem szkody z dnia/o numerze

z polisy ubezpieczeniowej

(nr polisy)

podpis pacjenta

* w przypadku braku numeru PESEL inny dokument potwierdzający tożsamość

(miejscowość, data)

Ja, niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

PESEL*

upoważniam Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań, NIP.781-17-72-289, Regon: 300124187 do prowadzenia

sprawy

(imię i nazwisko)

PESEL*

związanej z rozliczeniem szkody z dnia/o numerze

z polisy ubezpieczeniowej

(nr polisy)

podpis przedstawiciela ustawowego

* w przypadku braku numeru PESEL inny dokument potwierdzający tożsamość