

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany _____ (*imię, nazwisko*), PESEL _____,
upoważniam _____ (*imię, nazwisko*), PESEL _____, do
dysponowania środkami finansowymi zgromadzonymi na SUBKONCIE 1% „SUBKONCIE DAROWIZN”
prowadzonym dla mnie przez Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą w Rabce – Zdroju,
zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Wewnętrznym Polskiego Towarzystwa Walki
z Mukowiscydozą „Prowadzenie subkont”.

(*miejsowość, data*)

(*podpis*)