Studencki Punkt Informacji Prawnej „Klinika Prawa – Klinika Praw Dziecka”

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego

ul. Kopcińskiego 8/12 pok. 0.27 90- 232 Łódź

tel. 42 635-46-32

e-mail: klinika@wpia.uni.lodz.pl

www.wpia.uni.lodz.pl/klinika

P E Ł N O M O C N I C TW O

Ja, niżej podpisany\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/imię i nazwisko/, legitymujący się dowodem osobistym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydanym przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **niniejszym upoważniam** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/imię i nazwisko/, legitymującą/ego się dowodem osobistym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydanym \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
do odbioru w moim imieniu opinii prawnej oraz pism[[1]](#footnote-1), przygotowanych w związku z moim zgłoszeniem się o pomoc do Studenckiego Punktu Informacji Prawnej „Klinika Prawa – Klinika Praw Dziecka” UŁ z siedzibą w Łodzi, ul. Kopcińskiego 8/12, pok. 0.27, w sprawie o sygnaturze akt \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Pełnomocnictwo jest ważne w sytuacji, gdy osobisty odbiór przeze mnie opinii nie będzie możliwy.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Czytelny podpis |

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)