

.....

Imię i nazwisko Lekarza

.....

.....

adres zamieszkania

.....

data

Pełnomocnictwo

Udzielam pełnomocnictwa Radcy Prawnemu Iwonie Kaczorowskiej-Kossowskiej do reprezentowania mnie przed wszystkimi podmiotami, instytucjami, organami, urzędami i sądami, w sprawie sporu z Narodowym Funduszem Zdrowia o zapłatę.

.....

podpis