

POOBLASTILO

Podpisani (vlagatelj/vlagateljica) _____, roj. _____,
s stalnim prebivališčem _____

pooblašcam

pooblaščenca/pooblaščenko _____, roj. _____,
s stalnim prebivališčem _____

za

- zastopanje v postopku pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva
- podpisovanje dokumentov v zvezi z bivanjem v institucionalnem varstvu
- zastopanje pri izbiri osebnega zdravnika
- zastopanje pri izbiri vrste in načina zdravljenja in hranjenja
- za urejanje plačila oskrbnine v zavodu
- plačevanje oskrbnine v zavodu
- prevzemanje priporočene pošte
- uveljavljanje pravic z naslova ZPIZ

Zavezujem se, da bom priznal/a vse njegovo/no delo v mojem imenu za pravno veljavno.

V _____, dne _____

Podpis pooblastitelja: