

_____, dnia _____ r.
(miejscowość) (data)

PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisana/-y _____ PESEL _____,

Ja niżej podpisana/-y _____ PESEL _____,

jako przedstawiciel ustawowy **maooletniego**

_____ PESEL _____,

udzielam **adwokat Joannie Lazer** oraz **radcy prawnemu Maogorzacie Hudziak**

pełnomocnictwa do reprezentowania ww. **maooletniego** postępowaniach sądowych,

negocjacjach, do zawarcia ugody (także pozasądowej), do dokonywania wszelkich czynności

materialnoprawnych, odbioru wynegocjowanej lub zasądzonej kwoty, wskazania rachunku

bankowego do jej wypłaty oraz uzyskiwania wszelkiej dokumentacji dotyczącej maoletniego,

we wszelkich sprawach związanych z bólem medycznym, do którego doszło w

przed sądami i urzędami wszelkich instancji oraz przed Sądem Najwyższym i Naczelnym

Sądem Administracyjnym, a także przed Ubezpieczycielami i Wojewódzkimi Komisjami do

spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, przeciwko wszystkim zobowiązany.

(podpis)

(podpis)