

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię/ imiona i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL1, lub rodzaj i numer innego
dokumentu potwierdzającego tożsamość)

U P O W A Ż N I E N I E

Upoważniam

Panią/Pana
(imię, nazwisko pełnomocnika)

legitymującą/ legitymującego się
(rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

do odbioru wydanego na mój wniosek wtórnika zaświadczenia ADR w siedzibie Urzędu
Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, przy ul. Skoczylasa 4.

.....
(czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa)