rehasport®

FIFA MEDICAL CENTRE OF EXCELLENCE

PEŁNOMOCNICTWO DO PROWADZENIA SPRAWY

Osoba małoletnia

(miejscowość, data)

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko)

nr PESEL

upoważniam spółkę Rehasport Clinic Sp. z.o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań, KRS: 0000240810 NIP: 781-17-72-289, Regon 300124187 do prowadzenia sprawy (imię i nazwisko)

nr PESEL

związanej z rozliczeniem wypadku z dnia/o numerze

Jednocześnie wyrażam zgodę na przesłanie przez ww. spółkę faktur VAT, rachunków oraz dokumentacji medycznej z całego procesu leczenia (imię i nazwisko)

w Rehasport Clinic sp. z.o.o. dotyczącej zgłoszonej sprawy do EM Sport Broker Sp. z o.o., ul. Wyszogrodzka 8/119

03-337 Warszawa, NIP: 5242808748, KRS: 0000637526, emsportbroker@emsportbroker.pl

na wymagany adres korespondencyjny lub adres email.

Podpis opiekuna prawnego