

.....
(miejscowość , data)

PEŁNOMOCNICTWO

Ja , niżej podpisany/podpisana, legitymujący się/legitymująca się dowodem tożsamości nr(PESEL)
niniejszym udzielam pełnomocnictwa dla :

ZAKŁAD SZKOLENIA ZAWODOWEGO

„ORION”

40-051 KATOWICE UL.KILIŃSKIEGO 5/3

REGON 273600990 , NIP 634-193-21-27

tel/fax : +48 32 206-24-27

mobile :+48 0 601-422-008 , 601-42-88-39

e-mail : zszorion@onet.eu , biuro@orion-kursy.pl , zszorion@gmail.com , orionkursy@gmail.com

www.orion-kursy.pl

do występowania w moim imieniu przed Transportowym Dozorem Technicznym, w postępowaniu kwalifikacyjnym, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o dozorcze technicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1040, z późn. zm.) , w zakresie :

- złożenia wniosku o sprawdzenie kwalifikacji ,
- otrzymania informacji o terminie egzaminu sprawdzającego kwalifikacje ,
- otrzymania szczegółowej tematyki egzaminu sprawdzającego kwalifikacje,
- odebrania zaświadczenia kwalifikacyjnego ,
- dokonania opłaty egzaminacyjnej ,

.....
(podpis)