P O O B L A S T I L O

Podpisani(vlagatelj)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_roj.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

s stalnim bivališčem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**P O O B L A Š Č A M**

Pooblaščenca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ roj.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S stalnim bivališčem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Za :

* opravljanje dejanj v zvezi z urejanjem namestitve v institucionalno varstvo
* zastopanje pri izbiri osebnega zdravnika
* zastopanje pri izbiri vrste in načina zdravljenja in hranjenja
* urejanje in način plačila oskrbnine v zavodu
* plačevanje oskrbnine v zavodu
* prevzemanje priporočene pošte

Radovljica, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis pooblastitelja

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_