



Kraków, dnia 2 października 2017 r.

**PEŁNOMOCNICTWO NR 189/2017**

**Działając w imieniu i na rzecz:**

SPZOZ Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków, zarejestrowanego w Sądzie Rejonowym dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie – Wydział XI Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000024155 i na podstawie jego Statutu:

**Udzielam niniejszym pełnomocnictwa:**

Panu **Stefanowi Bednarzowi** – Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

**Zakres pełnomocnictwa obejmuje:**

Prawo wykonywania czynności zastrzeżonych dla Dyrektora Szpitala w dniu 3 października 2017 r.

.....  
DYREKTOR  
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.....

*Barbara Bulanowska*

Pełnomocnictwo przyjmuje:

.....  
*Stefan Bednarz*

