

**PEŁNOMOCNICTWO**

Niniejszym,

Nazwa firmy	<b>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE</b>		
Adres siedziby firmy	<b>ul. KOPERNIKA 36, 31-501 KRAKÓW</b>		
Dowód osobisty (seria, nr)			
REGON	<b>000288685</b>	NIP	<b>6751199442</b>
KRS	<b>0000024155</b>		
Reprezentacja	<b>P.O. DYREKTORA – MARCINA JĘDRYCHOWSKIEGO, PRZY KONTRASYGNACIE: GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO – DOROTY LECHOWICZ</b>		

(dalej: „Mocodawca”)

udzielam Wykonawcy – ..... z siedzibą w ....., przy ul. ...., REGON: ....., NIP: ..... (dalej: „Wykonawca”) pełnomocnictwa do pobrania środków zgromadzonych na rachunku bankowym Mocodawcy:

Numer rachunku 1	<b>85 1130 1150 0012 1143 8620 0006</b>
Numer rachunku 2	
Numer rachunku 3	
Nazwa banku prowadzącego rachunek	<b>BANK GOSPODARSTWA KRAJOWEGO</b>
Siedziba banku prowadzącego rachunek	<b>ALEJE JEROZOLIMSKIE 7, 00-955 WARSZAWA</b>

(dalej: „Rachunek bankowy”)

w celu zabezpieczenia spłaty wszelkich wierzytelności Wykonawcy wynikających z zawartej pomiędzy Wykonawcą a Mocodawcą umowy pożyczki:

Nr umowy pożyczki	Data sporządzenia umowy pożyczki
-------------------	----------------------------------

(dalej: „Umowa pożyczki”).

Na podstawie niniejszego pełnomocnictwa Wykonawca jest upoważniony do wystawiania w imieniu Mocodawcy polecenia przelewu środków pieniężnych z Rachunku bankowego Mocodawcy na rachunek bankowy określony w Umowie pożyczki z przeznaczeniem na spłatę wymagalnych wierzytelności Wykonawcy wynikających z Umowy pożyczki.

Jednocześnie upoważniam(y):

Nazwa banku prowadzącego rachunek	<b>BANK GOSPODARSTWA KRAJOWEGO</b>
-----------------------------------	------------------------------------

do udzielenia na każde pisemne żądanie Wykonawcy informacji o stanie środków na ww. rachunku/ach.

Jednocześnie Mocodawca oświadcza, że zrzeka się prawa do odwołania niniejszego pełnomocnictwa do czasu całkowitej spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy pożyczki oraz do niezwłocznego informowania Wykonawcy o wszelkich zmianach formalnych związanych z treścią niniejszego pełnomocnictwa, a w szczególności o zmianach numeru Rachunku bankowego, nazwy banku, oznaczenia oddziału banku itp.

Niniejsze pełnomocnictwo obowiązuje do czasu wygaśnięcia wszystkich zobowiązań Mocodawcy wobec Wykonawcy, o których mowa powyżej.

<b>PODPIS!</b>	Miejscowość, data i czytelne podpisy Mocodawcy / osób reprezentujących Mocodawcę	Potwierdzam własnoręczność złożonych podpisów Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez Wykonawcę
	<b>MOCODAWCA</b>	<b>WYKONAWCA</b>

Niniejszym oświadczamy, że akceptujemy treść pełnomocnictwa i przyjmujemy pełnomocnictwo do realizacji, stwierdzając, że nie ma przeszkód w umowie rachunku nr **85 1130 1150 0012 1143 8620 0006** należącego do: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE, UL. KOPERNIKA 36, 31-501 KRAKÓW, KRS: 0000024155, NIP 6751199442, REGON: 000288685.

Załącznik nr 4 do umowy pożyczki o nr rej SU DOP.....

.....  
(stempel i podpis za bank prowadzący rachunek)