

PEŁNOMOCNICTWO

Niniejszym,

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

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

(dalej: „Rachunek bankowy”)

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

Nr umowy	SU DOP	Data sporządzenia umowy roku
----------	--------------	-------------------------	------------

(dalej: „Umowa”).

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 z przeznaczeniem na spłatę wymagalnych wierzytelności Wykonawcy wynikających z Umowy.

Jednocześnie upoważniam(y):

Nazwa banku prowadzącego rachunek	BANK GOSPODARSTWA KRAJOWEGO
-----------------------------------	-----------------------------

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 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.

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

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.

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

