

## ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η .....  
του ..... και της ....., γεννηθείς στις .....  
στ ..... , κάτοικος ..... , οδός .....  
αριθμ. ...., με ΑΦΜ ..... και Α.Δ.Τ .....  
ημερομηνία εκδόσεως ..... και αρχή έκδοσης .....

Ε ξ ο υ σ ι ο δ ο τ ώ

**τον ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟ ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ του ΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΑΦΜ: ..... , Α.Δ.Τ.:**

**την ΑΡΤΕΜΗΣΙΑ ΧΑΒΑΛΕ του ΓΕΩΡΓΙΟΥ, ΑΦΜ: ..... , Α.Δ.Τ.:**

όπως προβεί αντί εμού σε οποιαδήποτε νόμιμη ενέργεια για την έκδοση και παραλαβή Βιβλιαρίου Υγείας από το αρμόδιο υποκατάστημα ....., καθώς και να υπογράψει οποιαδήποτε αίτηση, υπεύθυνη δήλωση, ή οποιοδήποτε άλλο έγγραφο απαιτηθεί για την ολοκλήρωση της ως άνω διεκπεραίωσης.

Ημερομηνία

.....  
Ο/Η Εξουσιοδοτών