

ПЪЛНОМОЩНО

Долуподписаният/ата:

_____ ЕГН: _____
ЛК № _____ издадена на _____ от _____
Адрес: _____

УПЪЛНОМОЩАВАМ:

_____ ЕГН: _____
ЛК № _____ издадена на _____ от _____
Адрес: _____

Да ме представлява пред **ПОАД"ЦКБ - СИЛА"** (Дружеството) като попълва, подписва, подава и получава в офиси на Дружеството всички необходими документи, свързани с упражняването на осигурителните и наследствените ми права от пенсионни фондове, управлявани от Дружеството, както и да **получи по своя банкова сметка полагащите ми се средства** от партидите на починалото осигурено лице
....., ЕГН

УПЪЛНОМОЩИТЕЛ:
