**Nazwa i adres placówki Miejscowość, data**

**UPOWAŻNIENIE**

Niniejszym upoważniam Pana/Panią……………………………………………………………. do odbioru

 środka dezynfekcyjnego oraz maseczek dla placówki.

 ……………………………………………………….

 Pieczęć i podpis dyrektora placówki