



Bydgoszcz, dnia 16.12.2019r

PEŁNOMOCNICTWO

Udzielam Pani dr n. med. Agnieszce Rogalskiej Dyrektorowi ds. Lecznictwa Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr J. Biziele w Bydgoszczy stałego pełnomocnictwa do reprezentowania Szpitala. Pełnomocnictwo obejmuje wszelkie czynności sądowe i pozasądowe Szpitala, z wyjątkiem tych, do których potrzebne jest pełnomocnictwo szczególne lub rodzajowe. Pełnomocnictwo obejmuje także umocowanie do udzielania radcy prawnemu pełnomocnictwa procesowego do reprezentowania Szpitala przed wszelkimi sądami, pełnomocnictwa do reprezentowania Szpitala przed Krajową Izbą Odwoławczą, Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz przed innymi organami i urzędami.

DYREKTOR
Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2
im. dr. Jana Biziele w Bydgoszczy

dr n. med. *[Signature]*
.....
dr n. med. *[Signature]*

PODPIS DYREKTORA

Poświadczam za zgodność
z oryginałem

radca prawny *[Signature]* *[Signature]*
BD-1520

Bydgoszcz, dnia 17 MAR 2020.....



SZPITAL
AKREDYTOWANY