

....., dnia r.

PEŁNOMOCNICTWO

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi

ul. Szpitalna 9

59-500 Złotoryja

NIP: 694-13-68-014

reprezentowany przez:

Dyrektor – **Rafał Koronkiewicz**

zwany dalej **Zamawiającym**

udziela pełnomocnictwa na rzecz:

.....
.....

NIP:

reprezentowany przez:

..... –

zwany dalej **Wykonawcą**

do dokonania w imieniu i na rzecz odbiorcy końcowego następujących czynności:

1. Włączenia do Umowy Sprzedawcy z Operatorem Gazociągów Przesyłowych lub odpowiednim Operatorem Sieci Dystrybucyjnej Punktów Poboru Zamawiającego.
2. Złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu dotychczas obowiązujących umów kompleksowych sprzedaży Paliwa Gazowego bądź umów sprzedaży Paliwa Gazowego.
3. Złożenia oświadczenia o rozwiązaniu dotychczas obowiązujących umów kompleksowych sprzedaży Paliwa Gazowego bądź umów sprzedaży Paliwa Gazowego w trybie zgodnego porozumienia stron dotychczasowym sprzedawcom Paliwa Gazowego.
4. Zgłoszenia zmiany sprzedawcy Operatorowi Gazociągów Przesyłowych i/lub odpowiednim Operatorom Sieci Dystrybucyjnych.
5. Dokonywania wszelkich czynności faktycznych i prawnych związanych z procesem zmiany sprzedawcy oraz związanych z realizacją zawartej Umowy Kompleksowej Sprzedaży Paliwa Gazowego, w tym przed Operatorem Systemu Dystrybucyjnego, jak również przed dotychczasowym sprzedawcą.
6. Uzyskania w razie potrzeby, od dotychczasowego sprzedawcy, informacji o numerze, dacie zawarcia, terminie obowiązywania i okresie wypowiedzenia, obecnie aktualnych umów kompleksowych sprzedaży Paliwa Gazowego.
7. Uzyskania dostępu do danych historycznych i bieżących przedstawiających informację o zużyciu Paliwa Gazowego oraz osiągniętych mocach w powyższych Punktach Zdawczo-Odbiorczych.

Niniejsze pełnomocnictwo obowiązuje od daty zawarcia Umowy. Pełnomocnik może udzielać dalszych pełnomocnictw. Zamawiający zrzeka się prawa do odwołania niniejszego pełnomocnictwa w trakcie trwania Umowy.

.....
Podpis Zamawiającego