

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Εγώ ο/η με αριθμό ταυτότητας Μέλος του Παγκύπριου Συνδέσμου Πολλαπλής Σκλήρυνσης, **εξουσιοδοτώ τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Πολλαπλής Σκλήρυνσης**, όπως δώσει προσωπικά στοιχεία μου και να διεκπεραιώσει οποιαδήποτε ενέργεια με σκοπό να συμπεριληφθώ στους δικαιούχους για την Ειδική Διατίμηση Ηλεκτρικού Ρεύματος για Ευάλωτους Καταναλωτές (κώδικας 08) της Αρχής Ηλεκτρισμού Κύπρου.

Νοείται ότι η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει, εκτός εάν αναιρεθεί/αντικατασταθεί από εμένα.

×

Υπογραφή Εξουσιοδοτούντος

Διεύθυνση διαμονής:.....

Ενορία/Πόλη/Χωριό.....

Ταχ. Κώδικας Επαρχία

Τηλέφωνο Επικοινωνίας μέλους:.....

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

Σημειώστε με \checkmark ότι είστε ισχύει:

- Λήπτης Δημόσιου Βοηθήματος
- Λήπτης Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος
- Λήπτης Επιδόματος Βαριάς κινητικής αναπηρίας
- Λήπτης Επιδόματος φροντίδας για παραπληγικά άτομα
- Λήπτης Επιδόματος φροντίδας για τετραπληγικά άτομα
- Πολύτεκνος – αριθμός τέκνων