**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Εγώ ο/η ………………..…………………….. με ΑΔΤ ……………… εξουσιοδοτώ το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες όπως πληρώσει την προμηθεύτρια εταιρεία ……………...……………….……………. απευθείας για το τεχνικό μέσο για το οποίο έχω εγκριθεί ………………………………….……..

|  |  |
| --- | --- |
| Ο Εξουσιοδοτών …………………………………….ΥπογραφήΑΔΤ ………………………………Αρ. Τηλ. …………………………. |  |