

PEŁNOMOCNICTWO

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, ul. Dr. E.Rittlera 2, 16-500 Sejny, NIP: 844-17-84-785,
Regon: 790317340,

(dalej: **Zamawiający**) reprezentowany przez:

.....

Niniejszym upoważnia:

.....

....., pod numerem KRS....., NIP:, REGON:..... (dalej: **Wykonawca**)

do dokonania w imieniu i na rzecz **Zamawiającego** następujących czynności:

- a) zgłoszenia wskazanemu Operatorowi Systemu Dystrybucyjnego do realizacji zawartej z Wykonawcą umowy sprzedaży energii elektrycznej,
- b) składania oświadczeń woli w zakresie wypowiedzenia dotychczas obowiązującej umowy sprzedaży energii elektrycznej i świadczenia usług dystrybucji (umowa kompleksowa) bądź umowy sprzedaży energii elektrycznej lub złożenia oświadczenia o rozwiązaniu umowy sprzedaży energii elektrycznej i świadczenia usług dystrybucji (umowa kompleksowa) bądź umowy sprzedaży energii elektrycznej w trybie zgodnego porozumienia stron dotychczasowemu sprzedawcy energii elektrycznej,
- c) reprezentowania **Zamawiającego** przed właściwym Operatorem Systemu Dystrybucyjnego w sprawach związanych z zawarciem umowy (z wyłączeniem odbioru umów dystrybucyjnych, które OSD przekaze **bezpośrednio** do siedziby Zamawiającego) o świadczenie usług dystrybucji, z uwzględnieniem wskazanych taryf w wykazie obiektów i mocy umownych dla poszczególnych obiektów, tj. w szczególności uzyskać, ustalić treść i przedłożyć Zamawiającemu do podpisania niezbędne dokumenty, pod warunkiem pozytywnego rozpatrzenia wniosku przez Operatora Systemu Dystrybucyjnego;
- d) reprezentowania **Zamawiającego** przed właściwym Operatorem Systemu Dystrybucyjnego w sprawach związanych z przeprowadzeniem procesu zmiany sprzedawcy.
- e) Występowania do właściwego Operatora Systemu Dystrybucyjnego w sprawach związanych z realizacją umowy sprzedaży, w tym do uzyskiwania danych pomiarowo-rozliczeniowych z PPE wykorzystywanych przez Zamawiającego.

Niniejsze Pełnomocnictwo uprawnia do udzielenia dalszych pełnomocnictw substytucyjnych.

.....