\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Fizinio asmens vardas, pavardė, asmens kodas)*

**SUTIKIMAS**

20\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_

*(Sutikimo sudarymo ir pasirašymo data)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Sutikimo sudarymo vieta (miestas))*

Sutinku, kad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Atstovo vardas, pavardė, gimimo data arba asmens kodas)*

atstovautų mane ir mano vardu kreiptųsi į valstybės ir savivaldybių instituciją, įstaigą ir įmonę ar vaistinę dėl galimybių paso spausdinimo paslaugos suteikimo ir gautų atspausdintą mano galimybių pasą*.*

Šis sutikimas galioja iki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

*(Sutikimo galiojimo data (neprivaloma))*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Vardas, pavardė, parašas)*