

PEŁNOMOCNICTWO

Termin obowiązywania pełnomocnictwa od [dd.mm.rrrr]:do [dd.mm.rrrr]:

Dane Przedsiębiorcy udzielającego pełnomocnictwa:

1. Imię i nazwisko/nazwa*
2. Adres
3. Numer KRS**
4. NIP
5. Regon

Dane osoby/osób* reprezentującej/yh Przedsiębiorcę / Przedsiębiorcę będącego osobą prawną*:

1. Imię i nazwisko PESEL
2. Imię i nazwisko PESEL
3. Imię i nazwisko PESEL

Dane pełnomocnika:

1. Imię i nazwisko/nazwa*
2. Adres
3. Numer KRS**
4. NIP/PESEL*
5. Regon**

Treść pełnomocnictwa:

W związku z **planowanym udziałem / udziałem w projekcie*** pod nazwą „Wsparcie Śląskich przedsiębiorców w ramach Podmiotowego Systemu Finansowania” udziela się pełnomocnictwa do*:

- 1) podpisania i złożenia dokumentów aplikacyjnych o dofinansowanie usług rozwojowych, wraz z ewentualnymi uzupełnieniami i korektami,
- 2) zawarcia umowy o dofinansowanie,
- 3) podpisania i złożenia wniosku o rozliczenie usług rozwojowych wraz z załącznikami,
- 4) prowadzenia wszelkiej korespondencji związanej z procesem aplikacji o dofinansowanie usług rozwojowych, a następnie realizacji i rozliczenia wsparcia.

Nazwa Operatora PSF: Centrum Szkoleniowo-Doradcze dr Kurnicki sp. k.

.....
**Data i podpis osoby / osób upoważnionej (ych)
do reprezentacji Przedsiębiorcy**

Potwierdzam przyjęcie Pełnomocnictwa

.....
Data i podpis Pełnomocnika

UWAGA

Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć firmową z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.

* niepotrzebne skreślić

** jeśli dotyczy