

.....
(pełna nazwa i adres Przedsiębiorcy)

.....
(miejscowość i data)

NIP

REGON

PEŁNOMOCNICTWO

W imieniu
(nazwa Przedsiębiorcy)

udzielam

(w przypadku osoby fizycznej) Pani/Panu
(imię i nazwisko)

PESEL legitymującej/mu się
(seria i nr dowodu tożsamości)

zamieszkałej/emu w
(ulica, miejscowość, kod pocztowy)

dane do kontaktu
(nr telefonu, e-mail)

(w przypadku osoby prawnej)
(nazwa i adres firmy pełnomocnika)

NIP dane do kontaktu
(nr telefonu, e-mail)

pełnomocnictwa do czynności związanych z dofinansowaniem usług rozwojowych w ramach projektu pt.: Wsparcie rozwojowe mikro, małych i średnich przedsiębiorstw z województwa śląskiego o numerze WND.RPSL.08.02.03-24-0009/17-00, w szczególności do:

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

.....
(podpis osoby, której przyznano pełnomocnictwo)

.....
podpis, pieczęć imienna osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Przedsiębiorcy (wg KRS/CEIDG)

.....
(pieczęć firmowa Przedsiębiorcy)