PEŁNOMOCNICTWO
udzielone w ramach projektu pn. „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny”, współfinansowanego ze środków EFS Plus i budżetu państwa w ramach Działania 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2f), Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

Ja, niżej podpisany/a,……..

legitymujący/ legitymująca się dowodem osobistym seria …….……nr……

wydanym przez……..……..……..…..

udzielam pełnomocnictwa szczególnego:

Panu/Pani…….……

zamieszkałemu/zamieszkałej……

legitymującemu/ legitymującej się dowodem osobistym seria ……nr…….……..

wydanym przez……..……..……

do reprezentowania mojej osoby w następujących czynnościach związanych z uczestnictwem w projekcie „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2f), Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027:

1. Złożenie formularza zgłoszeniowego oraz dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny” wraz z niezbędnymi załącznikami.
2. Podpisywanie wszelkiej dokumentacji niezbędnej do właściwej realizacji projektu pn. „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny”.

Pełnomocnictwa udzielam na okres mojego uczestnictwa w ww. projekcie.

…….. ……..……

miejscowość, data Czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa