

## 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 „Kadry przyszłości – Usługi rozwojowe dla przedsiębiorców – PSF” 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:** Śląski Inkubator Przedsiębiorczości Sp. z o.o.

.....  
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