

PEŁNOMOCNICTWO

....., dnia

Ja, niżej podpisany/na
(imię i nazwisko)

zamieszkały/ła
(adres zamieszkania: ulica, miasto, kod pocztowy)

.....
ustanawiam swym pełnomocnikiem
(imię i nazwisko)

stałe zamieszkałego w
(adres zamieszkania: ulica, miasto, kod pocztowy)

.....
legitymującego się dowodem osobistym seria nr, wydanym
w dniu przez

i oświadczam, że pełnomocnik jest upoważniony do występowania w moim imieniu,
w szczególności do:

.....
.....
oraz do reprezentowania mnie przed Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie
w związku ze staraniem się o dofinansowanie do
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Odwołanie niniejszego pełnomocnictwa może nastąpić bez podania przyczyn w każdym
czasie.

W związku ze złożeniem pełnomocnictwa wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie z siedzibą w Oławie przy ul. 3 Maja 1, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w celu realizacji czynności związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON do zadania wynikającego z art. 35 a ust.1 pkt 7 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.). Jednocześnie oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/na o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, jak również o tym, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług ani wykonanie umowy.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować ciągu 14 dni.

.....
Podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

.....
Podpis osoby przyjmującej pełnomocnictwo