

PEŁNOMOCNICTWO

--

miejsowość, data

Dane osoby udzielającej pełnomocnictwa

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	

Dane osoby przyjmującej pełnomocnictwo

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Nr tel	

Oświadczam, że pełnomocnik jest upoważniony do występowania w moim imieniu do załatwiania wszelkich spraw w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie związanych z dofinansowaniem 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. Kutrowskiego 31a, 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 2021 r. poz. 573 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.

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 i 297 § 1,2,3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2018r. poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, żądane 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