



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw**” FELU.08.06-IZ.00-0014/25 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

PEŁNOMOCNICTWO¹

obowiązujące w projekcie pn.

„Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw” nr FELU.08.06-IZ.00-0014/25. dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, w ramach Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego, Działania FELD.08.06 Usługi zdrowotne (typ projektu 2f)

Ja, niżej podpisany/ podpisana,.....

legitymujący/ legitymująca się dowodem osobistym

serianr.....

wydanym przez.....

udzielam pełnomocnictwa szczególnego:

Panu/Pani.....

zamieszkałemu/zamieszkałej.....

legitymującemu/ legitymującej się dowodem osobistym

seria.....nr.....

¹ Pełnomocnictwo jest udzielane zgodnie z **§5 pkt.10** Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw”.



wydanym przez.....

do reprezentowania mojej osoby w następujących czynnościach związanych z uczestnictwem w projekcie „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw”:

1. Złożenie formularza zgłoszeniowego oraz dokumentacji rekrutacyjnej do projektu pn. „Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw” wraz z załącznikami.
2. Zawarcia umowy uczestnictwa wraz z załącznikami do projektu pn. ” Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia z Miasta Krasnystaw”.
3. Podpisywanie kart wizyt świadczonych w ramach ww. projektu.

Pełnomocnictwa udzielam na okres mojego uczestnictwa w ww. projekcie.

.....
(data i czytelny podpis)