

Pilchowice, dnia .....

# PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/a

Imię: .....Nazwisko: .....

nr dowodu osobistego: .....pesel:.....

NIP ..... Zamieszkały/a.....

.....Telefon.....

**udzielam pełnomocnictwa**

Pani/Panu

Imię: .....Nazwisko: .....

nr dowodu osobistego: .....pesel:.....

NIP ..... Zamieszkałego/j:.....

.....Telefon.....

**do reprezentowania we wszystkich sprawach związanych z Programem Ograniczenia Niskiej Emisji na terenie Gminy Pilchowice.**

*Strony oświadczają, iż spełniają wymogi określone w Regulaminie „Programu Ograniczenia Niskiej Emisji na terenie Gminy Pilchowice oraz zgadzają się z warunkami w nim zawartymi.*

.....

data, podpis