Załącznik nr 10 do Programu

Ministra Rodziny i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024

 *WZÓR*

………..…..………..………………………….……………

*(miejscowość i data)*

……………………………………………..

(nazwa oferenta)

**Upoważnienie do podejmowania czynności**

**w Generatorze Funduszu Solidarnościowego**

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2024 oświadczam, że:

…….……………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, stanowisko)

posiada upoważnienie do podejmowania czynności w Generatorze Funduszu Solidarnościowego dostępnym na stronie internetowej bfs.mrips.gov.pl w imieniu:

…….……………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres oferenta)

........................................................................................

(czytelny podpis osoby/osób reprezentujących oferenta)