*Konin, dnia*

*(imię i nazwisko, nazwa firmy)* **Urząd Miejski w Koninie**

Plac Wolności 1

(adres) 62-500 Konin

(PESEL / REGON)

(Telefon, e-mail)

# Pełnomocnictwo

Niniejszym upoważniam pana / panią

legitymującego / cą się dowodem osobistym seria, numer

osoba spokrewniona – stopień pokrewieństwa

osoba niespokrewniona

do reprezentowania mnie w sprawie uzyskania dotacji celowej w zakresie inwestycji związanych z usuwaniem wyrobów zwierających azbest z nieruchomości położonych na terenie miasta Konina na

* działce/kach nr
* obręb
* przy ul. w Koninie,

w tym do:

złożenia wniosku o udzielenie dofinansowania,

podpisania umowy o udzielenie dofinansowania,

rozliczenia kwoty otrzymanej dotacji

Adres pełnomocnika do korespondencji:

Tel.

(podpis)