



Katowice, dnia 15.01.2025 r.
Miejscowość

PEŁNOMOCNICTWO REPREZENTANTA nr 5/25

(załącznik do uchwały nr 69/53/VII/2025 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 15.01.2025 r.)

Działając w imieniu i na rzecz Województwa Śląskiego, ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice REGON:276254650
(oznaczenie mocodawcy, adres, REGON)

będąc uprawnionym do reprezentowania Mocodawcy z tytułu pełnienia stanowiska

1. Wicemarszałka Województwa Śląskiego - Leszek Pietraszek
2. Członka Zarządu Województwa Śląskiego - Rafał Adamczyk
(oznaczenie pełnionego stanowiska/organu)

udzielam ~~Panu~~/Pani* Katarzynie Miazio - Zastępcy Dyrektora Departamentu Projektów Regionalnych
(imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe)

pełnomocnictwa

do podejmowania w imieniu i na rzecz Mocodawcy wszelkich czynności faktycznych i prawnych:

- niezbędnych do złożenia Wniosku/Wniosków o dofinansowanie z Rządowego Programu Odbudowy Zabytków, zwanego dalej „Programem”, a w szczególności:
 - 1) oświadczenia o przyjęciu do wiadomości i stosowania Regulaminu;
 - 2) oświadczenia o przyjęciu do wiadomości i stosowania zasad dotyczących przetwarzania danych osobowych zgodnie z RODO;
 - 3) oświadczenia o przyjęciu do wiadomości i stosowania dotyczącego przepisów dotyczących pomocy publicznej oraz korzystania ze środków publicznych przy realizacji Inwestycji;
 - 4) innych oświadczeń, których złożenie jest wymagane Regulaminem;

*niepotrzebne skreślić

5) Wniosków o dostęp do Aplikacji;

oraz

- wniosków i oświadczeń składanych w imieniu Mocodawcy w związku z postępowaniem dotyczącym przyznania Dofinansowania z Programu, w szczególności:
 - 1) Wniosku/wniosków o udzielenie Promesy, a także zawartych w tych wnioskach oświadczeń;
 - 2) oświadczeń zgodnie z postanowieniami Regulaminu;
 - 3) Wniosku/wniosków o wypłatę/wypłaty, a także zawartych w tym wniosku/tych wnioskach oświadczeń.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wnioski i oświadczenia, o których mowa są składane w formie elektronicznej w Aplikacji.

Wicemarszałek Województwa I skiego - Leszek Pietraszek

 Członek Zarz du Województwa I skiego - Rafał Adamczyk

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe Reprezentanta Mocodawcy

Podpis kwalifikowany/pieczeń elektroniczna Mocodawcy

*niepotrzebne skreślić