

- 1.
- 2.
- 3.

4. Pełnomocnictwo

1.	Nr	/rok
z dnia		roku

**Zarząd Województwa Śląskiego
udziela**

Panu (i).....-

(w przypadku:

- **pracowników UM/wsjo: imię i nazwisko wydział/ nazwa jednostki organizacyjnej**
- **innych podmiotów reprezentujących Województwo Śląskie, w zakresie zadań wykonywanych przez województwo: imię nazwisko/nazwa firmy, adres zamieszkania/siedziby, NIP/regon)**

Pełnomocnictwa / upoważnienia do.....

Pełnomocnictwa / upoważnienia udziela się na czas.....

Pełnomocnictwo / upoważnienie może zostać w każdym czasie zmienione lub odwołane.

Pełnomocnictwo / upoważnienie podlega zwrotowi po utracie terminu jego ważności.