|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
| **UPOWAŻNIENIE** | | | | | | | | | | |
| **do odbioru pomocy żywnościowej w formie paczek żywnościowych** | | | | | | | | | | |
| **w ramach programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027** | | | | | | | | | | |
| **Podprogram 2023** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Ja, |  | | | | | | | | | |
|  | *(IMIĘ I NAZWISKO BENEFICJENTA – OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ)* | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| jako beneficjent programu FEPŻ PP 2023 na podstawie skierowania z dnia | | | | | | |  | | | upoważniam: |
|  | | | | | | | *(DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA)* | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| *(IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ I POTWIERDZANIA ODBIORU NA STOSOWNEJ DOKUMENTACJI)* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| do odbierania w moim imieniu paczki żywnościowej oraz potwierdzenia jej odbioru w moim imieniu na stosownej | | | | | | | | | | |
| dokumentacji. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Nazwa i adres organizacji partnerskiej lokalnej, z której odbierana będzie paczka żywnościowa: | | | | | | | | | | |
| *STOWARZYSZENIE INTEGRACYJNE „RAZEM”, UL. OBROŃCÓW POKOJU 7A, 82-300 ELBLĄG.* | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | | | | |
|  | | |  |  |  |
| *(MIEJSCOWOŚĆ, DATA WYPEŁNIENIA)* | | |  |  |  | *(CZYTELNY PODPIS BENEFICJENTA - OSOBY POTRZEBUJĄCEJ POMOCY)* | | | | |