**SPLNOMOCNENIE**

Poskytovateľ opatrovateľskej služby:.....................................

IČO: .....................................

sídlo: .....................................

koná: ....................................., štatutár

týmto splnomocňuje

titul, meno, priezvisko ...................................., zamestnanca OcÚ

číslo občianskeho preukazu: ....................................

dátum narodenia: ....................................

trvale bytom: ....................................

na nižšie uvedené úkony týkajúce sa Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora rozvoja a dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby.

Splnomocnenie je vydané na nasledovné úkony\*:

* na podpísanie Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora rozvoja a dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby a súvisiacej dokumentácie,
* na osobné predloženie Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora rozvoja a dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby a súvisiacej dokumentácie v sídle Implementačnej agentúry Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej IMPLEA),
* na zastupovanie v komunikácii s IMPLEA v rámci podanej Žiadosti o zapojenie sa do národného projektu Podpora rozvoja a dostupnosti terénnej opatrovateľskej služby,
* na podpis Zmluvy o spolupráci.

Splnomocnenie sa udeľuje na dobu určitú, do DD. MM. RRRR vrátane.

V ............................ dňa ....DD. MM. RRRR.....

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

 (titul, meno, priezvisko), starosta obce

splnomocnenie prijímam:

V ............................ dňa ....DD. MM. RRRR.....

 .........................(podpis)......................

 (titul, meno, priezvisko), zamestnanec OcÚ

\* Nehodiace sa vymažte