

....., dnia..... 20..... r.

(miejscowość)

## ODWOŁANIE PEŁNOMOCNICTWA

Ja, niżej podpisana,.....

.....  
Imię i nazwisko rolnika, przedsiębiorcy lub imię i nazwisko członka zarządu fundacji, stowarzyszenia lub spółki, zgodnie z reprezentacją wskazaną w KRS lub osób działających w imieniu kościoła lub parafii, etc.

**działając w imieniu i na rzecz** .....

Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko wnioskodawcy

**niniejszym odwołuję pełnomocnictwa Pani/Panu\*** .....

adres pełnomocnika: .....

tel. kontaktowy:.....e-mail:.....

do działania w imieniu **wnioskodawcy o numerze PFRON:** .....

(jeśli nie posiada Nr PFRON, należy podać NIP, REGON bądź PESEL)

wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w zakresie ubiegania się o\*\*:

- dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych;
- refundację składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą;
- refundację składek dla niepełnosprawnych rolników lub rolników zobligowanych do opłacania składek za niepełnosprawnych domowników;

a w szczególności do:

1. sporządzania oraz przesyłania niezbędnych informacji oraz wniosków,
2. uzyskiwania informacji odnośnie dokumentacji składanej przez beneficjenta do PFRON.

.....  
(czytelny podpis/y wnioskodawcy lub osób reprezentujących wnioskodawcę,  
pieczęć i/imienna/e i pieczęć firmowa)

\*niepotrzebne skreślić

\*\*zaznaczyć właściwe