

PEŁNOMOCNICTWO

.....,dnia.....

.....(pełna nazwa uprawnionego do wydania pełnomocnictwa) mocą.....(nazwa i numer dokumentu będącego podstawą prawną do wydania pełnomocnictwa) udziela(imię i nazwisko) pełniącej/pełniącemu funkcję(funkcja w instytucji i jej pełna nazwa) pełnomocnictwa do wszystkich czynności prawnych związanych z utworzeniem i funkcjonowaniem konsorcjum Polskiej Platformy Innowacyjnej Neuromedycyny, w tym do podpisania porozumienia w sprawie utworzenia konsorcjum InnoNeuroMed w imieniu(nazwa instytucji).

Pełnomocnictwo obejmuje okres.....

.....

Podpis

