

Załącznik nr 15 do Regulaminu konkursu: Wnioski o nadanie/zmianę/wycofanie dostępu dla osoby uprawnionej¹a) Wniosek o nadanie/zmianę² dostępu dla osoby uprawnionej w ramach SL2014³

Dane Beneficjenta:	
Kraj	
Nazwa Beneficjenta	
NIP Beneficjenta	
Nr projektu	

Dane osoby uprawnionej:	
Kraj	
PESEL ⁴	
Nazwisko	
Imię	
Adres e-mail	

Oświadczenie osoby uprawnionej⁵:

¹ Przez osobę uprawnioną rozumie się tu osobę, wskazaną przez Beneficjenta w niniejszym wniosku i upoważnioną do obsługi SL2014, w jego imieniu do np. przygotowywania i składania wniosków o płatność czy przekazywania innych informacji związanych z realizacją projektu

² Niepotrzebne skreślić, jedna z dwóch opcji jest obsługiwana danym wnioskiem dla osoby uprawnionej

³ Bez podania wymaganych danych nie możliwe będzie nadanie praw dostępu do SL2014.

⁴ Dotyczy osób, dla których w polu „Kraj” wskazano „Polska”.

⁵ Należy wypełnić tylko w przypadku wniosku o nadanie dostępu dla osoby uprawnionej

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

Imię

Nazwisko

- Zapoznałem się z Regulaminem bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

Data, Podpis osoby uprawnionej

Wnioskowany zakres uprawnień w SL2014:

Aplikacja obsługi wniosków o płatność, w tym:

- Wnioski o płatność
- Korespondencja
- Harmonogram płatności
- Monitorowanie uczestników projektu
- Zamówienia publiczne
- Personel projektu

Oświadczenie Beneficjenta:

Oświadczam, że wszystkie działania w SL2014, podejmowane przez osoby uprawnione zgodnie z niniejszym załącznikiem będą działaniami podejmowanymi w imieniu i na rzecz(nazwa beneficjenta).

Data sporządzenia wniosku	
Podpis Beneficjenta*	

*** Osoba/Osoby uprawnione do reprezentowania Beneficjenta (np. prokurent, członek zarządu, itd.)**

b) Wniosek o wycofanie dostępu dla osoby uprawnionej w ramach SL2014

Dane Beneficjenta:	
Kraj	
Nazwa Beneficjenta	
NIP Beneficjenta	
Nr projektu	

Dane osoby uprawnionej:	
Kraj	
PESEL ⁶	
Nazwisko	
Imię	
Adres e-mail	

⁶ Dotyczy osób, dla których w polu „Kraj” wskazano „Polska”



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



lubelskie
Smakuj życie!

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Data sporządzenia wniosku	
Podpis Beneficjenta*	

* Osoba/Osoby uprawnione do reprezentowania Beneficjenta (np. prokurent, członek zarządu, itd.)