

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisana/y, udzielam pełnomocnictwa:

_____ (imię, nazwisko)
leg. się dowodem osobistym _____ (seria, numer),
zam. _____
(adres),

upoważniając pełnomocnika do udziału w moim imieniu w Walnym Zebraniu Członków Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą w Rabce-Zdroju, które odbędzie się w dniu 16 czerwca 2018 r. w Falentach, oraz do głosowania podczas wskazanego Zebrania nad wszystkimi uchwałami, według uznania pełnomocnika.

(miejsowość, data)

(imię, nazwisko, adres, nr dowodu osobistego
osoby udzielającej pełnomocnictwa)

(czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa)