

## 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 14 czerwca 2019 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)