

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 XXI Walnym Zebraniu Członków Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, które odbędzie się w dniu 25. września 2020r. on-line, 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)

Podpisane pełnomocnictwo należy odesłać skanem na adres mailowy wzc2020@oddychaj.pl do dnia 18 września r.