

## 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 XXII Walnym Zebraniu Członków Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, które odbędzie się w dniu 17 września 2021r. 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 [wzc@oddychaj.pl](mailto:wzc@oddychaj.pl) do dnia 15 września r. **Plik należy zabezpieczyć hasłem.**