

UPOWAŻNIENIE

Polskie Towarzystwo Stwardnienia
Rozsianego Oddział Wielkopolska

Ja niżej podpisany(a)

Imię Nazwisko

PESEL lub nr Dow. Osobistego

Zamieszkały(a).....

Członek Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział Wielkopolska, mający
prawo głosu,

upoważniam jako swojego Pełnomocnika :

Panią/Pana

Imię Nazwisko.....

PESEL lub Nr dowodu osobistego.....

Zamieszkała(y)

Do udziału i głosowania na Walnym Zgromadzeniu Sprawozdawczo – Wyborczym,
zwołanym na dzień 16 czerwca 2018r. w sali Centrum Duszpasterskiego św. Rocha w
Poznaniu przy ul. Św. Rocha 10.

.....dnia
(miejsowość) data)

.....
(Podpis członka PTZR O/Wlkp