

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

ImięNazwisko.....

PESEL lub. Nr dowodu osobistego.....

Zamieszkała(y)

Do udziału i głosowania na Walnym Zgromadzeniu Sprawozdawczym zwołanym na dzień
30.06.2025 r na godz. 17:30 w lokalu przy ul. Św Marcin 34A/3.

Poznań,
(miejscowość)

(Data)

.....
(Podpis członka PTSR O/Wlkp