Wrocław, dnia ……..

PEŁNOMOCNICTWO DO UDZIAŁU W ZEBRANIU OGÓLNYM CZŁONKÓW ZWIĄZKU

PRACODAWCY ZDROWIA

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, będąc członkiem z Związku Pracodawcy Zdrowia (Dalej: „Związek”, niniejszym udzielam Panu/Pani ……………, nr PESEL: ………………, zamieszkałemu w ……………………, legitymującemu się dowodem osobistym seria ………… numer …………….., pełnomocnictwa do reprezentowania mnie na Zebraniu Ogólnym Członków Związku, zwołanym na dzień …………. na godzinę ……………………., w …………………………., a w szczególności do udziału w Zebraniu, zabierania głosu na Zebraniu Ogólnym, do podpisania listy obecności oraz do głosowania w moim imieniu według uznania pełnomocnika. Pełnomocnik pozostaje umocowany do reprezentowania mnie jako członka Związku na Zebraniu Ogólnym również w przypadku zmiany terminu odbycia Zebrania Ogólnego Członków Związku oraz w przypadku ogłoszenia przerwy w obradach Zebrania Ogólnego Członków Związku.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_