|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | Drugie imię | Nazwisko |
| Adres zamieszkania:  | Województwo | Powiat | Gmina | Miejscowość |
| Kod pocztowy |  |  | **-** |  |  |  | Ulica |
| Nr domu | Nr lokalu  | Poczta | Numer PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że przyjmuję obowiązki Pełnomocnika Wyborczego

|  |
| --- |
| **Nazwa komitetu wyborczego** |
|  |

|  |
| --- |
| **Adres siedziby komitetu wyborczego** |
| Województwo | Powiat |
| Gmina | Miejscowość |
| Ulica | Nrdomu | Nrlokalu | Poczta | Kodpocztowy |  |  | **-** |  |  |  |

w wyborach uzupełniających do Rady ………………………………… zarządzonych na dzień ……………………………… r.

...................................................

 (podpis pełnomocnika wyborczego)

..........................................., dnia .............................. 2024 r.