

Imię				Drugie imię				Nazwisko											
Adres zamieszkania:		Województwo				Powiat		Gmina						Miejscowość					
Kod pocztowy			-					Ulica											
Nr domu	Nr lokalu		Pocztą					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			Nr domu	Nr lokalu	Pocztą			Kod pocztowy			-			

w wyborach do Rady Miejskiej w Lubieniu Kujawskim, zarządzonych na dzień 6 grudnia 2026 r.

.....
(podpis pełnomocnika wyborczego)

....., dnia r.

* zaznaczyć właściwe