Stowarzyszenie Środkowopomorska Grupa Działania

 ul. Partyzantów 17, 75 - 411 Koszalin

 Tel. 94 340 24 58, biuro@stowarzyszeniesgd.pl

 **www.stowarzyszeniesgd.pl**

 …………….……..……..………

 (miejscowość, data)

………………..………………...………

 (imię i nazwisko)

………………..…….……………...….

 (adres)

…………………………………..………

 (dane kontaktowe)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………….(imię i nazwisko), działając w imieniu ………………………………………………………………. (nazwa członka SŚGD), niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu ……………………………………………., PESEL ………………..………………, do reprezentowania ………………………………………………………….. (nazwa członka SŚGD) na Walnym Zebraniu Członków Stowarzyszenia Środkowopomorska Grupa Działania w dniu 27.06.2024 r., w tym do wykonywania prawa głosu.

…………………………………..

 (czytelny podpis)