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)