

m . p .

..... dnia

UPOWAŻNIENIE

Upoważniamy Panią(a)

ur. dnia w

zam.

do reprezentowania

pełna nazwa organizacji

.....

kod miejscowość

ul.

nr

tel. nr

zarejestrowanego w

dnia pod nr

w Lubelskim Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych Sejmik Wojewódzki

z prawem wyboru władz LFOON-SW i innych czynności związanych z jego funkcjonowaniem.

Podpisy osób upoważniających ww. do reprezentowania naszej organizacji

1.

Imię i Nazwisko

funkcja

podpis

2.

Imię i Nazwisko

funkcja

podpis