

Formularz wyboru kandydatów
do Rady Działalności Pożytku Publicznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego

Niniejszym organizacja: (nazwa)
oddaje swój głos na następujących kandydatów (nie więcej niż 5) do Rady Działalności
Pożytku Publicznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego:

Imię i nazwisko kandydata	Nazwa organizacji zgłaszającej kandydata
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Nr KRS (lub innego rejestru lub ewidencji – proszę podać jakiego):

Oświadczam (oświadczamy), że organizacja prowadzi działalność na terenie województwa
warmińsko-mazurskiego.

Czytelny podpis osoby/ czytelne podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu organizacji, ze wskazaniem pełnionej funkcji:

1.....

2.....

3.....

UWAGA: w przypadku podpisu przez osoby inne niż wg. sposobu reprezentacji wynikający
z KRS, należy podać kontakt do organizacji pozarządowej w celu umożliwienia weryfikacji
ważności oddanego głosu.