|  |
| --- |
| **ZAWIADOMIENIE O UTWORZENIU KOMITETU WYBORCZEGOW WYBORACH DO PARLAMENTU UCZELNIANEGO SAMORZĄDU STUDENTÓW KUL** |
| NAZWA KOMITETU WYBORCZEGO |  |
| OKRĘG WYBORCZY |  |
|  | IMIĘ/IMIONA | NAZWISKO | NUMER ALBUMU | ADRES E-MAIL | NUMER TELEFONU |
| PEŁNOMOCNIK KOMITETU WYBORCZEGO |  |  |  |  |  |
| CZŁONEK KOMITETU WYBORCZEGO |  |  |  |  |  |
| CZŁONEK KOMITETU WYBORCZEGO |  |  |  |  |  |

Miejsce i data:

Podpis pełnomocnika wyborczego lub osoby przez niego upoważnionej: