

**PEŁNOMOCNICTWO DO REPREZENTOWANIA NA WALNYM ZEBRANIU
CZŁONKÓW STOWARZYSZENIA**

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

udzielam pełnomocnictwa Panu/Pani:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer członkowski:

PESEL:

do reprezentowania mnie na Walnym Zebraniu Członków Stowarzyszenia – POLSKIE TOWARZYSZTWO CHIRURGII CZASZKOWO-SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ, CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I IMPLANTOLOGII wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego – Rejestru Stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod nr KRS 0000246740, które odbędzie się w dniu 8 maja 2026r. w Katowicach, w tym do:

1. udziału w obradach Walnego Zebrania Członków,
2. zgłaszania w moim imieniu wniosków, propozycji i uwag dotyczących porządku obrad,
3. wykonywania prawa głosu w moim imieniu we wszystkich sprawach będących przedmiotem obrad (w tym wprowadzonych do porządku obrad w trakcie Zebrania), w tym w sprawach statutowych, finansowych, zmian siedziby stowarzyszenia, wyboru władz, uchwał dotyczących członków oraz zmian w statucie,
4. podpisywania protokołów Walnego Zebrania lub innych dokumentów związanych z obradami w zakresie przysługujących mi praw członka.

Pełnomocnictwo upoważnia do głosowania według wyboru pełnomocnika we wszelkich sprawach, tak ujętych w porządku obrad jak i innych.

Pełnomocnictwo jest ważne na Walnym Zebraniu wskazanym powyżej, jak również na każdym innym Walnym Zebraniu Członków Stowarzyszenia - POLSKIE TOWARZYSZTWO CHIRURGII CZASZKOWO-SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ, CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ I IMPLANTOLOGII odbywającym się do dnia 30 grudnia 2026r.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis mocodawcy)