

Plná moc

Já níže podepsán/á

Bydliště

RČ

číslo OP

tímto zplnomocňuji

pan/paní/

bytem

RČ

číslo OP

v souladu s článkem VI. odstavec (4) Stanov Asociace dentálních hygienistek České republiky z.s. ke všem hlasovacím a volebním úkonům spojeným s hlasováním a volbami na Sněmu ADH ČR dne

V dne

zmocnitel

Plnou moc přijímám.

V dne

zmocněnec