Wrocław, dnia ……..

PEŁNOMOCNICTWO DO UDZIAŁU W ZEBRANIU OGÓLNYM CZŁONKÓW

KLASTRA INNOWACYJNA MEDYCYNA

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, będąc członkiem Klastra Innowacyjna Medycyna (zwanym dalej „Klaster”), niniejszym udzielam Panu/Pani …………………………………………, nr PESEL: …………………….………, zamieszkałemu w …………………..…………, legitymującemu się dowodem osobistym seria ….……… numer ………………………..…….., pełnomocnictwa do reprezentowania mnie na Zebraniu Ogólnym Członków Klastra Innowacyjna Medycyna, zwołanym na dzień 27.06.17r. na godzinę 18:00, w siedzibie Klastra przy ulicy Fabrycznej 10, bud. D2, a w szczególności do udziału w Zebraniu, zabierania głosu na Zebraniu Ogólnym, do podpisania listy obecności oraz do głosowania w moim imieniu według uznania pełnomocnika. Pełnomocnik pozostaje umocowany do reprezentowania mnie jako członka Klastra na Zebraniu Ogólnym również w przypadku zmiany terminu odbycia Zebrania Ogólnego Członków Klastra oraz w przypadku ogłoszenia przerwy w obradach Zebrania Ogólnego Członków Klastra.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis