**ZGŁOSZENIE**

**kandydata na delegata na okręgowy zjazd lekarzy weterynarii**

**Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej w Olsztynie**

1. ...................................................................................................................

  */imię i nazwisko kandydata/*

2. ...................................................................................................................

 */numer prawa wykonywania zawodu kandydata/*

3. ....................................................................................................................

 /oznaczenie rejonu wyborczego/

4. ...................................................................................................................

 / imię i nazwisko zgłaszającego/

5. ..................................................................................................................

 /numer prawa wykonywania zawodu zgłaszającego/

6. ..................................................................................................................

 /podpis zgłaszającego/

|  |
| --- |
|  Oświadczam, że wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na okręgowy Zjazd Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej w Olsztynie  ............................................................... /imię, nazwisko i podpis kandydata/  |