

Imię		Drugie imię			Nazwisko														
Adres zamieszkania:	Województwo		Powiat			Gmina													
Miejscowość			Kod pocztowy			-				Ulica									
Nr domu	Nr lokalu	Poczta			Numer ewidencyjny PESEL*														

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że przyjmuję obowiązki Pełnomocnika Wyborczego będącego jednocześnie Pełnomocnikiem Finansowym

Nazwa komitetu												

Adres siedziby komitetu wyborczego																			
Województwo			Powiat			Gmina			Miejscowość										
Ulica			Nr domu	Nr lokalu	Poczta			Kod pocztowy			-								

w wyborach uzupełniających Rady Gminy Solina zarządzonych na dzień 17 maja 2015 r.

Jednocześnie oświadczam, że nie jestem pełnomocnikiem wyborczym innego komitetu wyborczego, ani pełnomocnikiem finansowym innego komitetu wyborczego i nie jestem funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 Kodeksu karnego.

.....
(podpis pełnomocnika wyborczego)

....., dnia 2015 r.
(miejscowość)

* W przypadku obywatela Unii Europejskiej niebędącego obywatelem polskim należy podać numer paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość