



NON, je ne participerai pas à la RENCONTRE ANNUELLE

MAIS OUI, JE VOTE !

BON POUR POUVOIR

(1 pouvoir par participant atteint de mucoviscidose)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Date de naissance :

E-mail :

Même si vous ne pouvez être présent ce jour-là, il vous est possible de prendre part à l'élection du Conseil des patients, en vous faisant représenter. Dans ce cas, remplissez le pouvoir ci-dessous. Vous pouvez également présenter votre candidature au Conseil des patients (voir feuille ci-jointe).

JE DONNE POUVOIR À :

M. :

ou à défaut à :

M. :

Tous deux membres de Vaincre la Mucoviscidose, pour me représenter à la Rencontre Annuelle des patients des 21 et 22 octobre 2023, prendre part en mon nom à toutes délibérations, et généralement faire le nécessaire.

1. Faire précéder la signature du mandant de la mention « BON POUR POUVOIR »
2. Faire précéder la signature du mandataire de la mention « BON POUR ACCEPTATION DE POUVOIR ».
3. Chaque mandataire ne peut recevoir plus de 2 POUVOIRS NOMINATIFS. Vous pouvez charger la porte-parole d'attribuer votre pouvoir à une personne de son choix. Dans ce cas, merci de laisser la ligne ci-dessus en blanc.

FAIT À :

LE :

SIGNATURE DU MANDANT

SIGNATURE DU MANDATAIRE