

**Karta zgłoszenia kandydata na Delegata na Okręgowy Zjazd
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koninie
na VIII kadencję
w Rejonie Wyborczym Nr**

Imię i nazwisko zgłaszanego kandydata:

.....

Zawód:

Miejsce pracy:

.....

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej kandydata:

.....

Podpis osoby zgłaszającej

.....

L.p.	Imię i nazwisko zgłaszającego	Imię i nazwisko oraz zawód kandydata	Miejsce pracy kandydata

L.p.	Imię i nazwisko zgłaszającego	Imię i nazwisko oraz zawód kandydata	Miejsce pracy kandydata

L.p.	Imię i nazwisko zgłaszającego	Imię i nazwisko oraz zawód kandydata	Miejsce pracy kandydata

