

**WNIOSEK
O ZMIANĘ REJONU WYBORCZEGO**

W WYBORACH DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY
LUBELSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Imię i nazwisko

Tytuł zawodowy *lekarz / dentysta*

Nr prawa wykonywania zawodu

AKTUALNY REJON WYBORCZY

Nr rejonu

Nazwa rejonu

**Wnioskuje o umieszczenie mnie na liście członków
innego rejonu wyborczego, tj.:**

Nr rejonu

Nazwa rejonu

Data i podpis