

MIASTO PIŁA

WYBORY SAMORZĄDOWE 16-11-2014 r.

UWAGA! Formularz proszę wypełnić drukowanymi literami.

Obwodowa Komisja Wyborcza w Piłe Nr																				
Imię					Drugie imię					Nazwisko										
Adres zamieszkania		Gmina			Miejscowość					Ulica										
Nr domu		Nr lokalu			Poczta					Kod pocztowy				—						
Numer ewidencyjny PESEL												Numer telefonu								
Sposób wypłaty diety		Kasa agencji PKO BP SA w Urzędzie Miasta Piły, pl. Staszica 1					TAK*					NIE*								
Konto bankowe*																				
Piła, dnia 2014 r. (czytelny podpis członka komisji)																				

* niepotrzebne skreślić