**PLNÁ MOC**

Já, člen/ka OOZ SFŽP ČR,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| jméno a příjmení: |  | osobní číslo: |  |
|  | *zmocnitel* |

zmocňuji člena OOZ SFŽP ČR, pana/paní

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| jméno a příjmení: |  | osobní číslo: |  |
|  | *zmocněnec* |

a uděluji tímto plnou moc **k zastupování a hlasování na 5. členské schůzi OOZ SFŽP ČR dne 19. 3. 2019**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  | Datum: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *podpis zmocnitele* |  | *zmocnění přijímám – podpis zmocněnce* |