

.....\*

*nr pełnomocnictwa*

.....\*

*nr wydanego mandatu*

\* Wypełnia Komisja Mandatowa

.....

*(imię i nazwisko osoby wystawiającej pełnomocnictwo)*

.....

*(adres zamieszkania)*

### **PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisany/a niniejszym upoważniam Pana/Panią .....  
*(imię i nazwisko osoby upoważnionej)*

do reprezentowania mnie podczas Walnego Zebrania Sprawozdawczo-Wyborczego Członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej w dniu 21.01.2016r., a w szczególności do dysponowania moim głosem podczas w/w Walnego Zebrania.

.....

*miejsowość, data*

.....

*podpis członka Stowarzyszenia*

---

## **Upzejmie przypominamy o konieczności opłacania składki członkowskiej co wynika z postanowień statutu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej :**

### § 16

Członkowie zwyczajni są zobowiązani do:

1. Przestrzegania postanowień Statutu, regulaminów i uchwał władz Towarzystwa.
2. Aktywnego współdziałania w realizacji zadań i celów Towarzystwa.
3. Regularnego opłacania składki członkowskiej w wysokości uchwalonej przez Walne Zebranie Towarzystwa.

### § 20

Członkostwo zwyczajne ustaje na skutek:

1. Dobrowolnego wystąpienia zgłoszonego na piśmie do Zarządu Oddziału Terenowego lub Zarządu Głównego.
2. Skreślenia członka zwyczajnego przez Zarząd Główny w przypadku niepłacenia składek przez okres 1 roku.

**Składki członkowskie można wpłacać na konto bankowe PTPOP: PeKaO S.A nr 62 1240 1213 1111 0010 1277 1960 w wysokości 25zł/rok.**