



Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

PEŁNOMOCNICTWO

Upoważniam niniejszym Pana/Panią

Imię i nazwisko:

do reprezentowania organizacji/firmy:

Pełna nazwa:

.....

Adres:

.....

w spotkaniach i działaniach **Partnerstwa na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości.**

.....

data

.....

podpis