

ANMÄLAN TILL VÄLFÄRDSOMRÅDESVALNÄMNDEN
om valombud för ett parti och ersättaren för ombudet samt fullmakt för partiets valombud

Välfärdsområdesval

Namnet på välfärdsområdet

Valdag

Parti	Partiets namn	
Förening som företräder partiets medlemmar i välfärdsområdet	Namn	
Partiets valombud	Efternamn, förnamn Adress Telefon E-postadress	Personbeteckning
Ersättare för valombudet	Efternamn, förnamn Adress Telefon E-postadress	Personbeteckning

Härmed befullmäktigar vi ovan nämnda personer att fungera som valombud för partiet och hans eller hennes ersättare.

Ort

Datum

Namnet på den förening som företräder partiets personmedlemmar i välfärdsområdet samt signatur av dem som är behöriga att skriva föreningens namn och namnförtydligande

Signatur
Namnförtydligande
Signatur
Namnförtydligande