

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(Cd adresu zamieszkania)

REZYGNACJA

Ja, oświadczam, że
(Imię i nazwisko)

rezygnuję z funkcji W
(nazwa pełnionej funkcji)

Zarządzie Koła Polskiego Związku Niewidomych w

.....
(Nazwa koła)

Jednocześnie oświadczam, że rezygnuję/nie rezygnuję* z
członkostwa w Zarządzie ww. koła.

.....
(podpis)

* - niepotrzebne skreślić