

**ZAWIADOMIENIE O UTWORZENIU KOMIETTU WYBORCZEGO  
W WYBORACH DO PARLAMENTU UCZELNIANEGO SAMORZĄDU STUDENTÓW KUL**

NAZWA KOMITETU WYBORCZEGO					
OKRĘG WYBORCZY					
	IMIĘ/IMIONA	NAZWISKO	NUMER ALBUMU	ADRES E-MAIL	NUMER TELEFONU
PEŁNOMOCNIK KOMITETU WYBORCZEGO					
CZŁONEK KOMITETU WYBORCZEGO					
CZŁONEK KOMITETU WYBORCZEGO					

Miejsce i data:

Podpis pełnomocnika wyborczego lub osoby przez niego upoważnionej: