

Marki, dnia

**ZGŁOSZENIE
ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
w wyborach uzupełniających do Rady Miasta Marki
zarządzonych na dzień 19 listopada 2017 r.**

Nazwisko											
Imię (Imiona)											
Imię ojca											
Data urodzenia											
PESEL											

Pakiet wyborczy proszę przesać na adres:
(nie wypełniać w przypadku odbioru osobistego)

miejsowość

ulica

kod pocztowy

Pakiet wyborczy odbiorę osobiście w Urzędzie Miasta Marki.

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a

Oświadczenie

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie Marki.

.....
(podpis osoby uprawnionej do udziału w referendum)

KONTAKT telefoniczny / mailowy

.....
(podpis osoby uprawnionej do udziału w referendum)