

ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO

Wójt Gminy Wadowice Górne

NAZWISKO	
IMIĘ (IMIONA)	
IMIĘ OJCA	
DATA URODZENIA	
NR PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA WYBORCY	
ADRES, NA KTÓRY NALEŻY WYSŁAĆ PAKIET WYBORCZY	
Nr telefonu komórkowego	

Zgłaszam

Zamiar głosowania korespondencyjnego w wyborach do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i do Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, zarządzonym na dzień 25 października 2015 r.

Oświadczam, iż jestem wpisany do rejestru wyborców w gminie Wadowice Górne

Proszę o przesłanie pakietu referendalnego pod wskazany wyżej adres

TAK*

NIE*

Deklaruję osobisty odbiór pakietu referendalnego

TAK *

NIE*

Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzoną w alfabecie Braille,a

TAK*

NIE*

Wadowice Górne dnia

(podpis wyborcy)