Zgoda na pełnienie funkcji członkini/członka Zarządu PZU Zdrowie SA

Ja, niżej podpisany/a ……
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a ……
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dokumentem tożsamości

wydanym przez: ……

wyrażam zgodę na pełnienie funkcji:

Prezeski Zarządu/Prezesa Zarządu/Członkini Zarządu/Członka Zarządu PZU Zdrowie SA*

**niepotrzebne skreślić*

…….. ……
(miejscowość i data) *(czytelny podpis)*