## 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:

Członkini Zarządu/Członka Zarządu PZU Zdrowie SA*

**niepotrzebne skreślić*

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