

**WYKAZ OSÓB POPIERAJĄCYCH ZGŁOSZENIE KANDYDATA NA CZŁONKA
RADY SOŁECKIEJ SOŁECTWA PUSTYNY
w wyborach zarządzonych na dzień 6 października 2024 r.**

Udzielam poparcia kandydatowi na członka Rady Sołeckiej Sołectwa Pustyny
-
(imię-imiona i nazwisko kandydata)

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Podpis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			