



Návrh a súhlas s kandidatúrou do orgánov SAZPŠ

Meno kandidáta na člena orgánu SAZPŠ	
Trvalé bydlisko	
Kontaktné údaje (telefón, email)	
Názov alebo meno navrhovateľa	
Kontaktné údaje navrhovateľa	

vyslovujem súhlas

s kandidatúrou na člena orgánu Slovenskej asociácie zrakovo postihnutých športovcov na nasledovnú pozíciu

*** hodiace sa označte krížikom**

Podpredseda SAZPŠ

<input type="checkbox"/>	Podpredseda SAZPŠ
<input type="checkbox"/>	Podpredseda SAZPŠ

V, dňa Podpis navrhovateľa
-----------------------	------------------------------

..... Podpis kandidáta
