



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/é pozíciu/e

Predseda SAZPŠ

* hodiace sa označte krížikom ☒

<input type="checkbox"/>	Predseda SAZPŠ
--------------------------	----------------

v
dňa	Podpis navrhovateľa

.....
Podpis kandidáta