

**WNIOSEK**  
o przeprowadzenie ponownych wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy  
Bydgoskiej Izby Lekarskiej VIII kadencji

My niżej podpisani wnioskujemy o przeprowadzenie kolejnej tury wyborów w rejonie wyborczym  
(nazwa i numer rejonu wyborczego).....

zgodnie z § 20 pkt 5 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych (Uchwała Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. z poprawkami - Uchwała nr 6 z dnia 14.maja 2016r.XI11 Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy- tekst jednolity podany w Obwieszczeniu nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.)

Nasz rejon wyborczy liczy.....członków, z czego 20% wynosi.....

Do wniosku dołączamy kartę/karty zgłoszenia kandydata/kandydatów na delegata/delegatów na okręgowy zjazd lekarzy.

| Lp. | Imię i nazwisko | Numer PWZ | Imienna pieczęć lekarska i podpis |
|-----|-----------------|-----------|-----------------------------------|
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |
|     |                 |           |                                   |

| Lp. | Imię i nazwisko | Numer PWZ | Imienna pieczętka lekarska i podpis |
|-----|-----------------|-----------|-------------------------------------|
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |

| Lp. | Imię i nazwisko | Numer PWZ | IMIENNA PIECZĄTKA LEKARSKA I PODPIS |
|-----|-----------------|-----------|-------------------------------------|
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |
|     |                 |           |                                     |