

Vertretungsvollmacht für die ordentliche
Mitgliederversammlung des

Mukoviszidose e.V.
In den Dauen 6
53117 Bonn

am **24.05.2024**

Vollmachtgeber:

(Familienname/ Vorname/ Adresse)

Ich bevollmächtige:

(Familienname/ Vorname/ Adresse)

mich in allen Angelegenheiten in der oben bezeichneten Mitgliederversammlung zu
vertreten und rechtswirksame Erklärungen für mich abzugeben.

(Ort/ Datum/ Unterschrift)