

Szczecin, dnia _____ 2023 roku

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, niżej podpisany/a _____, posługujący/a się numerem ewidencyjnym PESEL _____, będący/a członkiem Spółdzielni Mieszkaniowej Zdrowie w Szczecinie (KRS 0000149097), udzielam niniejszym pełnomocnictwa:

Pani/Panu _____ **(PESEL: _____)**

- 1) do uczestnictwa w moim imieniu na XXIX Walnym Zgromadzeniu członków Spółdzielni Mieszkaniowej Zdrowie w dniu _____ 2023 roku,
- 2) do wykonywania w moim imieniu prawa głosu na XXIX Walnym Zgromadzeniu członków Spółdzielni Mieszkaniowej Zdrowie w dniu _____ 2023 roku,
- 3) do składania wszelkich wniosków oraz oświadczeń woli i wiedzy, jakie okażą się konieczne do wykonania postanowień niniejszego pełnomocnictwa.

(czytelny podpis członka SM Zdrowie)

OŚWIADCZENIE PEŁNOMOCNIKA

Ja, niżej podpisany _____, działając jako pełnomocnik Pani/Pana _____ ustanowiony pełnomocnictwem z dnia _____ 2023 r., wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Spółdzielnię Mieszkaniową ZDROWIE w Szczecinie dla celów związanych z organizacją i przeprowadzeniem XXIX Walnego Zgromadzenia Spółdzielni Mieszkaniowej ZDROWIE w Szczecinie w dniu _____ 2023 roku, w szczególności odczytania listy pełnomocnictw, załączenia pełnomocnictwa do protokołu Walnego Zgromadzenia i przechowywania przez okres wymagany przepisami prawa, na podstawie art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Szczecin, dnia _____ 2023 roku.

(czytelny podpis pełnomocnika)