……………………………………….…………………….. Marklowice, dnia………………………….

Imię i nazwisko

…………………………………………………………….

Adres

………………..…………………………………………

PESEL

**Urząd Gminy Marklowice**

Proszę o wydanie zaświadczenia o prawie do głosowania w wyborach do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i do Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 15 października 2023r.

……………………………...........

Podpis

Potwierdzam odbiór zaświadczenia ………………………………………………………………………………..

Data i podpis