……………………………………….…………………….. 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