

FULLMAKT (i de fall klubben representeras av annan än ordförande)

Härmed befullmäktigas

Ombud Namn:

 Adress:

 Postnr:

 Postort:

 e-post:

att representera och föra vår talan, samt utöva rösträtt för vår klubb vid SöGDF:s höst/vår-årsmöte den

Klubb:

Ort/datum:

Underskrift:

Möteshandlingarna kommer att sändas direkt till angivet ombud.

OBS !

Ifylld fullmakt skall vara kansliet tillhanda senast 7 dagar före mötesdatum.

**Södermanlands Golförbund
c/o Torshälla GK
Brunnsta 21
635 10 Eskilstuna**

**kansli@sogdf.se
Fax nr. 016- 35 74 91**