

Komisarz wyborczy w Koszalinie III
Delegatura Krajowego Biura Wyborczego
ul. Władysława Andersa 34 pokój 195
75-950 Koszalin

**ZGŁOSZENIE ZAMIARU GŁOSOWANIA KORESPONDENCYJNEGO
W WYBORACH DO RAD GMIN, RAD POWIATÓW, SEJMIKÓW WOJEWÓDZTW
I RAD DZIELNIC M.ST. WARSZAWY ORAZ WYBORÓW WÓJTÓW, BURMISTRZÓW
I PREZYDENTÓW MIAST ZARZĄDZONYCH NA DZIEŃ 7 KWIETNIA 2024 R.**

Nazwisko	
Imię (imiona)	
Nr ewidencyjny PESEL wyborcy	
Adres, na który ma być wysłany pakiet wyborczy	
Numer telefonu do kontaktu*	
Adres e-mail do kontaktu*	

TAK NIE Proszę o dołączenie do pakietu wyborczego nakładki na kartę do głosowania sporządzonej w alfabecie Braille'a (dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych)

TAK NIE Wyrażam zgodę na przekazanie danych do rejestru danych kontaktowych osób fizycznych*

Do zgłoszenia dołączam kopię aktualnego orzeczenia właściwego organu orzekającego o ustaleniu stopnia niepełnosprawności (dotyczy wyłącznie wyborców niepełnosprawnych).

....., dnia
(miejscowość) (data) (podpis wyborcy)

*Podanie danych kontaktowych nie jest obowiązkowe, ale może przyspieszyć załatwienie sprawy.