



POUVOIR DE REPRÉSENTATION

Je soussigné(e)....., adhérent à la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, Santé Sud Corrèze, dont le siège social se situe au 43 Avenue Léo Lagrange, à Brive-la-Gaillarde.

J'autorise par la présente Monsieur / Madame
à me représenter à l'Assemblée Générale, qui se tiendra le pour
participer aux échanges et délibérations, et voter sur les résolutions incluses dans l'ordre du jour
concernant :

- ☐ UNE ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE
- ☐ UNE ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

Fait à :

Le :

Signature :

N.B : Faire précéder la signature de la mention « bon pour pouvoir »

COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE
43 Avenue Léo Lagrange, 19100 Brive-la-Gaillarde
E-mail : coordonnateur@cpts-santesudcorreze.fr
Tél : 07 66 43 37 00