



**Arbeitskreis
Frauengesundheit**
in Medizin,
Psychotherapie und
Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Bevollmächtigung

Hiermit bevollmächtige ich das AKF-Mitglied

Frau

Anschrift:

(Bitte in Blockschrift)

auf der Mitgliederversammlung vom meine Stimme
abzugeben.

Ich bin Mitglied im AKF

Name:

Anschrift:

(Bitte in Blockschrift)

Ort, Datum:

Unterschrift