

VAL AV STYRELSEMEDLEMMAR 2026-2028

KANDIDATENS UPPGIFTER

Namn _____

Medlemsnummer _____

Tjänst/befattning _____

Arbetsgivare Österbottens välfärdsområde/ _____

Arbetsplats _____

Verksamhetsområde Österbottens välfärdsområde/ _____

Telefon _____

E-postadress _____

Ställer upp som **ordinarie medlem**

suppleant

Kandidatens underskrift _____

Namnförtydligande, datum _____