 POUVOIR

Je soussigné(e) (nom – prénom- adresse)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Membre de l’association des infirmiers de bloc opératoire diplômés d’état de l’Est (AIBODEE°, dont le siège se situe **MAISON DES ASSOCIATIONS. 2 RUE DES CORROYEURS. BP3. 21000 DIJON.**

 **Donne par la présente tous pouvoirs à (également membre de l’AIBODEE)**

 **M …………………………………………………………………………………………………………………….**

 **ADRESSE :**

Pour me représenter à l’assemblée générale qui se tiendra à Dôle le 20.09.19 de 19h30 à 20h30, à l’effet de délibérer sur l’ordre du jour, prendre part à toutes les discussions et délibérations, prendre connaissance de tous les documents, et émettre tout vote.

 **Fait à le**

 **Signature\***

\*précédé de la mention « bon pour pouvoir