



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund

Fullmäktigeval 21.10–12.11.2024

Valnämnden

BLANKETT FÖR KONTROLL AV RÖSTRÄTT

Jag ber er kontrollera om mitt namn antecknats i valkretsens vallängd som upprättats för Tandläkarförbundets fullmäktigeval och bekräftats 20.8.2024.

Det är inte obligatoriskt att fylla i blanketten.

Datum

_____ den _____ / _____ 2024

Underskrift och namnförtydligande

Kontaktuppgifter

E-post _____

Telefon _____

Returneras till valnämnden senast **22.9.2024** per e-post valtuustovaali@hammaslaakariliitto.fi.