



cap autonomie santé
Faciliter, accompagner, simplifier

POUVOIR

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Fonction/profession :

donne pouvoir à (nom, prénom) :

aux fins de me représenter à **l'Assemblée Générale de CAP AUTONOMIE SANTE du 12 novembre 2020** et prendre part aux votes des résolutions et aux délibérations qui seront à l'ordre du jour.

Pour servir et valoir ce que de droit

Fait à, le

Signature