

VAL AV ARBETARSKYDDSBUD

Arbetsplats _____

Tid _____ / _____ - _____ / _____ 20 _____

RÖSTNINGSPLATSER

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

Plats _____ dag _____ kl _____ - _____

KANDIDATER

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

Nr _____ Förnamn _____ Efternamn _____

VALBESTYRELSE _____ / _____ 20 _____