

**BULLETIN REPONSE** à remplir et à retourner pour le mardi 23 avril au plus tard

à l'adresse : CSINI 6 boulevard des Invalides 75007 PARIS

ou par internet à : [secretariat@csini.fr](mailto:secretariat@csini.fr)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Assistera aux assemblées générales du 25 avril 2024

OUI

NON

si NON remplir le POUVOIR ci-dessous

**Importance signalée**

**BON POUR POUVOIR**

Madame, Monsieur (Prénom et NOM) \_\_\_\_\_ donne POUVOIR à :

(ce pouvoir peut être donné à tout adhérent du CSINI présent et remplissant les conditions de vote)

**Prénom et NOM du mandataire** \_\_\_\_\_

Mettre ici l'inscription manuscrite (« **Bon pour pouvoir** ») « \_\_\_\_\_ »

et la signature →