

ÉLECTION DU PARLEMENT WALLON

DU 9 JUIN 2024

Désignation des Témoins pour les bureaux de dépouillement B

|  |  |
| --- | --- |
| **Circonscription** |  |
| Je soussigné(e), candidat(e)(s) désigné(e)(s) au Parlement européen, à la Chambre des représentants ou au Parlement wallon, désigne les électeurs nommés ci-dessous comme témoins et témoins suppléants. |
| **Signature du/des candidat(s)** |
| **Nom** |  |
| **Liste** |  |
| **Date** |  |
| **Nom et signature** |  |
|  |  |
| **Bureaux de dépouillement** |
| **Canton électoral** | **Numéro du bureau de dépouillement** | **Nom et prénom des témoins**1. **Témoin**
2. **Témoin suppléant**
 | **Commune** | **Rue et numéro** |
|  |  | A.B. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |