

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY
o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (pełna nazwa miejscowości i ulicy, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Zebrane podpisy prosimy odesłać pod adres: **Komitet Inicjatywy Ustawodawczej „Stop aborcji”, ul. Grzybowska 37a lok. 25, 00-855 Warszawa**