

FORMULARZ UCZESTNICTWA

do projektu „Zdrowo i kolorowo” realizowanego w ramach zadania publicznego z zakresu zdrowia publicznego

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej placówkę	
Nazwa placówki	
Adres placówki	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Liczba uczestników	

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z regulaminem i polityką prywatności projektu „Zdrowo i kolorowo” realizowanego w ramach zadania publicznego z zakresu zdrowia publicznego oraz akceptuję wszystkie warunki w nim określone.

.....

Data i miejscowość

.....

Pieczętka, czytelny podpis osoby zgłaszającej placówkę

