



FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODMIOTU
JAKO PARTNERA PROGRAMU WSPARCIA OSÓB STARSZYCH POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA
ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE
„ZĄBKOWICKA KARTA SENIORA”
(W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH WYPEŁNIĆ KOLEJNE EGZEMPLARZE
FORMULARZA)

..... NAZWA WŁAŚCICIEL / REPREZENTANT ¹⁾
DANE PODMIOTU	
..... ADRES SIEDZIBY ADRES STRONY WWW ADRES E-MAIL TELEFON

Zgłaszam/y wolę współpracy z Gminą Ząbkowice Śląskie w ramach programu wsparcia Seniorów, poprzez udzielanie zniżek na oferowane przez nas towary i usługi według poniższych zasad:

<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	
<input type="checkbox"/>	% ZNIŻKI NA	

Zobowiązuję/my się do udzielania wymienionych zniżek w następujących punktach prowadzenia przeze mnie/przez nas działalności:

W okresie:

- **OD DNIA** --
- **DO DNIA** --
- - **DO ODWOŁANIA**

Proszę o przekazanie znaku informacyjnego, informującego o udziale w programie

do oznakowania punktu prowadzenia działalności, w ilości - sztuk, oraz w wersji

elektronicznej na adres:

@

Oświadczam/y, że poniosę/poniesiemy we własnym zakresie wszelkie koszty związane z udzielanymi zniżkami dla użytkowników programu „Ząbkowicka Karta Seniora” i nie będę/nie będziemy kierować żadnych roszczeń finansowych z tego tytułu do Gminy Ząbkowice Śląskie.

Przyjmuję/my do wiadomości, że podjęcie współpracy rozpocznie się po podpisaniu stosownego porozumienia z Gminą Ząbkowice Śląskie.

Oświadczam/y, że wyrażamy zgodę na umieszczenie danych podmiotu który reprezentuję/my, informacji o udzielanych zniżkach i logotypu przekazanego Gminie, we wszelkich materiałach informacyjnych dotyczących wsparcia dla Seniorów, oraz na stronach internetowych prowadzonych przez Gminę i jej jednostki organizacyjne.

Dane kontaktowe osób upoważnionych do kontaktu w zakresie niniejszego zgłoszenia

Miejscowość, data

Pieczęć firmy

Podpis*)

Podpis*)