

**Formularz zgłoszeniowy dla Partnerów programu "Chocianowska Karta Seniora"**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| Adres siedziby |  |
| Numer NIP |  |
| Osoba reprezentująca podmiot |  |
| Dane kontaktowe (e-mail, telefon) |  |
| Adres strony www |  |
| Branża |  |
| **Deklarowane zniżki/ulgi** |
| Nazwa produktu/usługi | Forma zniżki/ulgi |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z założeniami programu "Chocianowska Karta Seniora" oraz akceptuję jego postanowienia.

2. Koszty związane z ulgami/zniżkami zadeklarowanymi powyżej poniosę we własnym zakresie.

3. Ponoszę wyłączną odpowiedzialność za jakość świadczonych usług.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych o podmiocie na cele informacyjne o programie "Chocianowska Karta Seniora".

.................................................. ........................................................

 miejscowość, data pieczęć i podpis Partnera